

**О.М. КОВАЛЬОВА, В.М. ЛІСОВИЙ
С.І. ШЕВЧЕНКО, Т.В. ФРОЛОВА**

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ

П РА К Т И К А



МЕДИЦИНА

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ

П Р А К Т И К А

За редакцією
**О.М. КОВАЛЬОВОЇ, В.М. ЛІСОВОГО,
С.І. ШЕВЧЕНКА, Т.В. ФРОЛОВОЇ**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Міністерством освіти і науки
України як підручник для студентів
вищих медичних навчальних
закладів III–IV рівнів акредитації

РЕКОМЕНДОВАНО
Міністерством охорони здоров'я
України як підручник для студентів
вищих медичних навчальних
закладів III–IV рівнів акредитації

КИЇВ
ВСВ «МЕДИЦИНА»
2010

Автори:

О.М. Ковальова, В.М. Лісовий, С.І. Шевченко, Т.В. Фролова, Ю.П. Гніденко, К.О. Красовська, О.В. Охупкіна, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, М.А. Селезньов, В.І. Смирнова, І.Р. Синяєва, Н.Ф. Стенкова, І.І. Терещенкова, О.С. Циганенко, Р.С. Шевченко

У підручнику на сучасному науково-методичному рівні розглянуто основні питання особливостей догляду за хворими, його роль та організація у лікувальному процесі в умовах стаціонару.

Матеріал викладено відповідно до навчальної програми дисципліни “Догляд за хворими (практика)” для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації, затвердженій ЦМК МОЗ України (2008). Підручник складається з трьох розділів згідно з трьома змістовими модулями навчальної програми.

Змістовий модуль 1. Структура та основні завдання догляду за хворими в загальній системі лікування хворих терапевтичного профілю.

Змістовий модуль 2. Догляд за хірургічними хворими.

Змістовий модуль 3. Догляд за дітьми, його роль у лікувальному процесі та організація в умовах педіатричного стаціонару.

У першому розділі розглянуто питання загального та спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю, надано структурно-функціональну характеристику терапевтичного стаціонару та обов'язки його працівників, особливості санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режимів, перелік медичної документації.

На сучасному методологічному рівні викладено принципи догляду за хворими з різною патологією та різного віку, за хворими з підвищеною температурою тіла. Розглянуто питання і алгоритм надання першої допомоги при невідкладних станах, запропоновано методику й техніку виконання найпростіших реанімаційних заходів. Окремо викладено питання щодо застосування основних видів лікарських засобів та найпростіших методів фізичної терапії, догляд за хворими під час проведення фізіотерапевтичних процедур.

Другий розділ присвячено догляду за хірургічними хворими, гігієні та роботі середнього медичного персоналу в умовах хірургічного відділення: операційній, перев'язувальній; антисептики, стерилізації перев'язувального матеріалу, операційної білизни. Особлива увага приділяється підготовці хворих до операції та догляду в післяопераційний період. Окремо розглянуто питання десмургії, описано типові бинтові пов'язки на окремі частини тіла.

У третьому розділі вміщено матеріал із догляду за хворими дітьми в лікувально-діагностичному процесі. Розглянуто особливості гігієни новонароджених та дітей 1-го року життя, догляду за ними; догляду за дітьми з гарячкою; особливості введення лікарських засобів; організацію харчування здорових дітей раннього віку.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації.

Рецензенти:

В.З. Нетяженко, чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, проф., зав. кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

О.І. Дронов, д-р мед. наук, проф., зав. кафедри загальної хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

К.Д. Дука, д-р мед. наук, проф., зав. кафедри пропедевтики дитячих хвороб з курсом сестринської справи Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України

- © О.М. Ковальова, В.М. Лісовий, С.І. Шевченко, Т.В. Фролова, Ю.П. Гніденко, К.О. Красовська, О.В. Охупкіна, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова, М.А. Селезньов, В.І. Смирнова, І.Р. Синяєва, Н.Ф. Стенкова, І.І. Терещенкова, О.С. Циганенко, Р.С. Шевченко. 2010
© ВСВ “Медицина”, 2010

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
------------------------	---

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1

СТРУКТУРА ТА ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ В ЗАГАЛЬНІЙ СИСТЕМІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

ТЕМА 1. Основні принципи загального та спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю.....	7
ТЕМА 2. Організація роботи терапевтичного відділення стаціонару.....	37
ТЕМА 3. Розпитування хворого та його роль в оцінюванні загального стану пацієнта	48
ТЕМА 4. Роль огляду хворого в оцінюванні загального стану пацієнта.....	51
ТЕМА 5. Температура тіла. Правила вимірювання та реєстрації. Догляд за хворими з гарячкою.....	63
ТЕМА 6. Визначення основних показників гемодинаміки та дихання	73
ТЕМА 7. Застосування основних видів лікарських засобів.....	92
ТЕМА 8. Загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими та агонуючими	143
ТЕМА 9. Організація лікувального харчування хворих	163

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2

ДОГЛЯД ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ

ТЕМА 10. Вступ до хірургії. Гігієна в хірургічному стаціонарі. Робота середнього медичного персоналу в умовах хірургічного відділення	188
ТЕМА 11. Організація роботи в чистій перев'язувальній. Десмургія, перев'язувальний матеріал. Типові бинтові пов'язки. Пов'язки на голову, шию, грудну клітку. Догляд за хворими, оперованими в ділянці голови, шиї, грудної клітки	203
ТЕМА 12. Догляд за хворими, оперованими на органах черевної порожнини, промежині, кінцівках. Пов'язки на живіт, промежину, кінцівки. Догляд за хворими з переломами. Техніка гіпсування	213
ТЕМА 13. Антисептика. Догляд за хворими з гнійною патологією	231
ТЕМА 14. Стерилізація перев'язувального матеріалу і операційної білизни. Організація роботи в операційній. Обробка рук хірурга та операційного поля	239
ТЕМА 15. Організація роботи в стерилізаційній. Підготовка і стерилізація ріжучого, оптичного, загальнохірургічного інструментарію. Стерилізація шовного матеріалу	251

ТЕМА 16. Хірургічна операція, підготовка хворого до операції. Догляд за хворим у післяопераційний період.....	257
--	-----

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3

**ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ, ЙОГО РОЛЬ У ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ
ТА ОРГАНІЗАЦІЯ В УМОВАХ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ**

ТЕМА 17. Роль догляду за хворими дітьми в лікувально-діагностичному процесі. Структура і функції педіатричного стаціонару та поліклініки.....	273
ТЕМА 18. Приймальне відділення дитячої лікарні. Госпіталізація, санітарна обробка і транспортування хворих дітей. Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. Особиста гігієна медичного персоналу.....	291
ТЕМА 19. Особливості гігієни новонароджених та дітей 1-го року життя і догляд за ними в стаціонарі. Дезінфекція та стерилізація предметів догляду за дітьми.....	302
ТЕМА 20. Гігієнічні та лікувальні ванни. Догляд за дітьми з гарячкою. Застосування клізм у дітей.....	313
ТЕМА 21. Облік та правила зберігання лікарських засобів. Особливості застосування лікарських засобів у дітей.....	323
ТЕМА 22. Особливості організації харчування здорових дітей раннього віку. Організація харчування дітей в умовах стаціонару.....	338
ТЕМА 23. Техніка проведення антропометрії у дітей різного віку.....	351
ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ	356
ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ З ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ “ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ”	415
ДОДАТКИ	417
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	474
ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК	476

Передмова

Догляд за хворими є важливою частиною в системі надання їм медичної допомоги. Не менше ніж 50 % успіху лікування належить правильному ефективному догляду. Освоєння навичок догляду є першим кроком у формуванні лікаря, першим кроком до клініки. Майбутній лікар має добре знати структуру та функції лікувальних закладів, особливості оформлення медичної документації, володіти навичками санітарної обробки хворого, транспортування тяжкохворих, принципами санітарної обробки приміщень та інше, що дасть змогу йому під час практичної діяльності контролювати та організовувати роботу молодшого й середнього медичного персоналу, запобігати помилкам, які можуть призвести до небажаних наслідків, сприяти створенню оптимальних умов для найшвидшого й повноцінного одужання пацієнтів уже на першому етапі перебування в лікувальному закладі.

Догляд за хворими — невід’ємна частина медицини, тому цілком доцільним є викладання цього курсу студентам вищих медичних навчальних закладів як самостійної дисципліни. Він має на меті донести до студентів необхідність догляду за хворими, дати їм певні знання з організації лікувального процесу в медичних закладах, окреслити коло обов’язків молодшого та середнього медичного персоналу, який є безпосереднім виконавцем усіх заходів стосовно догляду за хворими. Студенти повинні усвідомити необхідність знання медичної етики та деонтології під час догляду за хворими різного віку.

Структура підручника відповідає освітньо-професійним програмам підготовки спеціалістів за спеціальностями 7.110101 “Лікувальна справа” та 7.110105 “Медико-профілактична справа”.

Основні положення програми викладаються на кафедрах терапевтичного, хірургічного та педіатричного профілю. *Перший змістовий модуль* викладається на кафедрах пропедевтики внутрішньої медицини, де студенти вивчають основні принципи догляду за хворими дорослого віку в умовах терапевтичного стаціонару.

Провідне місце у системі догляду за хворими належить оцінюванню стану хворого та основних параметрів його життєдіяльності (температура тіла, дослідження пульсу, вимірювання артеріального тиску, дослідження основних параметрів дихання), що необхідно для визначення обсягу заходів, які здійснюються в кожному конкретному випадку. Стан хворих оцінюють передусім на підставі його розпитування, положення, огляду шкіри та слизових оболонок, підшкірної жирової клітковини тощо. Спираючись на результати обстежень, медичний персонал приймає рішення щодо визначення тактики діагностичних та лікувальних заходів, які забезпечать належний і повноцінний догляд за хворим, що сприятиме його якнайшвидшому одужанню.

Успіх лікування залежить від того, наскільки середній медичний персонал старанно, уміло і грамотно дотримується правил застосування лікарських препаратів.

Поряд із медикаментозною терапією важливе місце у лікуванні хворих відводиться різноманітним методам фізичної терапії, що їх використовує середній медичний персонал безпосередньо у терапевтичному відділенні (гірчичники, компреси, міхури для льоду, грілки) і в спеціальних фізіотерапевтичних кабінетах (світло-, гідро-, електро-, ультразвукові та інші процедури). Середній медичний персонал має бути обізнаний із правилами проведення фізіотерапевтичних процедур та догляду за хворими під час цих процедур, готовим у разі необхідності надати долікарську допомогу пацієнтові.

Найважливішим розділом у системі догляду є загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими і тими, хто помирає, тому що ця категорія пацієнтів неспроможна себе обслуговувати. Туалет шкіри, ротової порожнини, промежини, дефекація і сечовипускання, харчування, переміна натільної та постільної білизни, забезпечення зручного положення в ліжку — усі ці заходи повністю є обов'язком медичного персоналу. Особливо це стосується осіб літнього віку, для яких спілкування з оточуючими стає ще однією перешкодою у забезпеченні догляду у зв'язку з особливостями психіки цієї категорії пацієнтів.

Окремим розділом догляду за хворими є догляд у термінальному стані — передагональному, агональному та під час клінічної смерті. У цих випадках роль середнього медичного персоналу в наданні кваліфікованої допомоги стає найважливішою, тому що саме цей персонал постійно перебуває у безпосередньому контакті з пацієнтами і від його дій залежить життя людини.

Другий змістовий модуль присвячено питанням догляду за хворими хірургічного профілю. Тут основними питаннями є організація роботи молодшого та середнього медичного персоналу в умовах хірургічного відділення; операційної, перев'язувальної; антисептика, стерилізація перев'язувального матеріалу і операційної білизни. Особлива увага приділяється підготовці хворих до операцій та догляд за ними у післяопераційний період. Окремо розглянуто питання десмургії, описано типові бинтові пов'язки на окремі частини тіла.

Третій змістовий модуль знайомить з особливостями догляду за хворими дітьми в лікувально-діагностичному процесі. Тут дається характеристика структури і функцій педіатричного стаціонару та поліклініки. Описано особливості гігієни новонароджених і дітей 1-го року життя та догляд за ними; догляд за дітьми з гарячкою; особливості вживання лікарських засобів; організація харчування здорових дітей раннього віку.

Особливістю і перевагою підручника є об'єднання в ньому навчального матеріалу, викладання якого проводиться на 2-му курсі всіх факультетів на суміжних кафедрах — терапії, хірургії, педіатрії. Такий підхід є запорукою підвищення якості засвоєння практичних навичок, виключається можливість повторення навчального матеріалу, забезпечується послідовність знань зі збереженням специфічних підходів у наданні долікарської медичної допомоги хворим із різною патологією, починаючи від новонародженого до дорослого.

Підручник ілюстровано великою кількістю малюнків, таблиць, схем, що поліпшує сприйняття та засвоєння навчального матеріалу студентами.

Завершується підручник тестовим контролем знань студентів. У додатках наведено тексти законів і наказів, що регламентують роботу лікувально-профілактичних закладів терапевтичного, хірургічного та педіатричного профілів.

Автори із влччністю приймуть усі побажання та корисні поради.

**СТРУКТУРА ТА ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ
ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ
В ЗАГАЛЬНІЙ СИСТЕМІ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Тема 1

**ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЗАГАЛЬНОГО
ТА СПЕЦІАЛЬНОГО ДОГЛЯДУ
ЗА ХВОРИМИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

**Визначення ролі й місця догляду за хворими
у лікувально-діагностичному процесі**

Догляд за хворими — це комплекс заходів, що спрямовані на полегшення стану хворого і забезпечення успішного його лікування.

Догляд за хворими є невід’ємною і важливою частиною системи надання хворому медичної допомоги. Не менше ніж 50 % успішного лікування залежить від правильного ефективного догляду за хворим, бо його самопочуття і психічний стан мають важливе значення для успішного проведення лікувально-діагностичних і профілактичних заходів.

У організації догляду за хворими беруть участь усі медичні працівники, особливо обслуговуючий персонал, який має відповідну підготовку, а саме: відповідні знання, навички, знайомий із методами догляду, володіє основними принципами медичної деонтології. Відповідальність за проведення заходів догляду за хворими несе лікар та завідувач відділення.

Догляд за хворими поділяють на загальний та спеціальний. *Загальний догляд* передбачає заходи догляду, що їх можна застосувати до будь-якого хворого незалежно від виду і характеру його захворювання. *Спеціальний догляд* включає заходи, що їх застосовують лише до хворих із певними захворюваннями (хірургічні, інфекційні, урологічні, гінекологічні, психічні та ін.).

Загальний догляд за хворими передбачає такі заходи:

1. Створення гігієнічного оточення навколо хворого та його обслуговування:
 - дотримання санітарно-гігієнічного та лікувально-охоронного режиму;
 - дотримання особистої гігієни тяжкохворих;
 - надання допомоги під час їди, різних фізіологічних відправлень;

- полегшення страждань хворого, заспокоювання, підбадьорювання, вселяння віри в одужання.

2. Спостереження за хворими і проведення профілактичних заходів:

- спостереження за функціями усіх органів та систем організму;
- надання першої медичної (долікарської) допомоги (допомога під час блювання, запаморочення; штучне дихання, непрямий масаж серця);
- профілактика ускладнень, що можуть виникнути у разі незадовільного догляду за тяжкохворими (пролежнів, гіпостатичної пневмонії).

3. Виконання лікарських призначень:

- проведення різноманітних лікувальних процедур та маніпуляцій (застосування банок, накладання гірчичників, ін'єкції тощо);
- проведення діагностичних маніпуляцій (збирання сечі, калу, дуоденального та шлункового вмісту).

4. Ведення медичної документації.

Отже, догляд за хворими і лікувальний процес доповнюють одне одного і переслідують загальну мету — полегшення стану хворого і забезпечення успіху його лікування.

Морально-етичні та деонтологічні заходи щодо формування медичного фахівця

На відміну від інших наук медицина тісно пов'язана з долею людини, її здоров'ям і життям. Найповніше вони визначаються поняттям “гуманізм”, без якого медицина не має права на своє існування, тому що її основна мета — служити людині. Гуманізм є етичною основою медицини, її мораль, а етика є теорією моралі. Мораль — одна з форм суспільної свідомості, під якою мають на увазі співвідношення свого індивідуального досвіду із сенсом життя, із суспільним призначенням людини.

Що ж таке етика лікаря? *Етика лікаря* — це частина загальної етики, наука про моральність і поведіння лікаря у сфері його діяльності, що включає в себе сукупність норм поведіння та мораль, визначення почуття професійного обов'язку, честі, совісті й гідності лікаря. Як один із різновидів етики професійної лікарська етика являє собою “...сукупність принципів регулювання й норм поведіння медиків, зумовлених особливістю їхньої практичної діяльності, положенням і роллю в суспільстві”.

Етика медичного працівника віднаходить своє практичне вираження у конкретних моральних принципах, що визначають його ставлення до хворої людини в процесі спілкування з нею, її родичами. Увесь цей моральний комплекс прийнято позначати терміном “деонтологія” — від грецького слова “deon” — обов'язок і “logos” — навчання. Таким чином, деонтологія — це навчання про обов'язок медичного працівника, сукупність етичних норм, необхідних йому для виконання своїх професійних обов'язків. Іншими словами, деонтологія — це практичне втілення морально-етичних принципів у діяльність лікаря, середнього й молодшого медичного персоналу. Вона спрямована на створення максимально сприятливих умов для ефективного лікування хворого, тому що слово й поведіння лікаря (будь-якого медпрацівника), його манери, жести, міміка, настрої відіграють важливу роль (позитивну чи негативну) у житті хворого, у перебігу його захворювання.

Основні професійні обов'язки медичного персоналу щодо догляду за хворими в стаціонарних відділеннях лікарні

Медичний працівник зобов'язаний ЗНАТИ:

1. Анатомію і фізіологію людини.
2. Механізми розвитку патологічного процесу в організмі; його перебіг, можливі ускладнення.
3. Дію лікувальних процедур (клізм, ванн, п'явок та ін.).
4. Особливості особистої гігієни тяжкохворих.

Медичний працівник зобов'язаний УМІТИ:

1. Оцінити найпростіші фізіологічні показники стану хворого (пульс, артеріальний тиск, частоту дихання).
2. Оцінити патологічні ознаки того чи того захворювання (задишка, набряки, раптова блідість, порушення дихання, серцевої діяльності).
3. Виконувати різні гігієнічні процедури.
4. Швидко і кваліфіковано надати хворому невідкладну медичну допомогу.
5. Виконувати найпростіші медичні маніпуляції (переміна натільної та постільної білизни, подача судна, виконання ін'єкцій).

Обов'язки лікаря щодо догляду за хворими:

1. Постійно контролювати правильне і своєчасне виконання середнім і молодшим медичним персоналом лікувальних і діагностичних процедур, ведення медичної документації.
2. Визначати заходи щодо догляду за хворими: а) вид санітарної обробки; б) вид транспортування; в) вид палати; г) положення хворого в ліжку, використання функціонального ліжка; г) дієта.
3. Визначати лікувальні заходи, що їх виконує медична сестра.
4. Визначати обсяг діагностичних маніпуляцій, що їх виконує медична сестра (дуоденальне зондування, збір аналізів та ін.).
5. Постійно проводити заняття із середнім і молодшим медичним персоналом для підвищення їхньої кваліфікації, проведення санітарно-просвітницької роботи серед хворих та їхніх родичів, навчання їх правилам догляду за хворими.

Обов'язки медичної сестри щодо догляду за хворими:

1. Сумлінно виконувати всі призначення лікаря та відмічати виконання їх у листках призначення.
2. Готувати хворих до виконання діагностичних досліджень.
3. Збирати матеріал для лабораторних досліджень і відправляти його до лабораторії.
4. Спостерігати за транспортуванням хворих у різні діагностичні кабінети.
5. Контролювати виконання заходів санітарно-гігієнічного режиму та підтримки особистої гігієни тяжкохворих:
 - а) стежити за порядком у відділенні й палатах, чистотою білизни та приліжкової тумбочки;
 - б) контролювати дотримання внутрішнього розпорядку обслуговуючим персоналом і хворими;
 - в) виконувати гігієнічні заходи щодо догляду за тяжкохворими.
6. Забезпечувати харчування хворих:
 - а) складання порційної вимоги;
 - б) контроль за дотриманням дієти хворими;

в) годування тяжкохворих;

г) перевірка продуктів, що їх передають хворим їхні родичі.

7. Термометрія та реєстрація показників температури в температурних листках.

8. Обов'язково бути присутньою на обходах лікаря, повідомляти йому про всі зміни стану хворих за добу, одержувати нові призначення.

9. Проводити госпіталізацію хворих, перевіряти правильність проведення санітарної обробки їх, ознайомити хворого із правилами внутрішнього розпорядку.

10. Вимірювати артеріальний тиск, частоту пульсу, дихання, добовий діурез та повідомляти про результати лікареві.

11. Правильно оцінювати стан хворого і надавати невідкладну допомогу, а за необхідності покликати лікаря.

12. Вести медичну документацію (листки призначень, температурний листок, журнал приймання і зливання чергування, журнал медикаментозних і порційних вимог).

13. Контролювати роботу молодшого медичного персоналу.

Обов'язки молодшого медичного персоналу щодо догляду за хворими:

1. Щоденно прибирати палати, санвузли, коридори та інші приміщення відділення.

2. Перемінювати натільну і постільну білизну хворих разом із медичною сестрою.

3. Подавати і виносити судно, сечоприймач.

4. Умивати, обтирати, підмивати тяжкохворих, підстригати нігті, стежити за волоссям.

5. Купати хворих разом із медичною сестрою.

6. Транспортувати тяжкохворих.

7. Доставляти біологічний матеріал у лабораторію.

Молодша медична сестра *не має права*: роздавати їжу, годувати тяжкохворих, мити посуд!

Принципи фахової субординації в системі лікар—медична сестра—молодший медичний персонал

Основою взаємин медичного персоналу є принцип фахової субординації. Стосунки лікаря, медичної сестри і молодшого медичного персоналу будуються на діловій основі, взаємній повазі. Один до одного вони мають звертатися на ім'я та по батькові.

Взаємини лікаря і медичної сестри. Палатний лікар співпрацює у тісному контакті з медичною сестрою, котра є його помічником і виконує його призначення. Оскільки медична сестра набагато більше часу проводить біля ліжка хворого, ніж лікар, вона може надати лікареві повну інформацію щодо змін у стані хворого (погіршення апетиту, поява алергійних реакцій тощо). Якщо під час виконання призначень лікаря у медичної сестри виникають якісь сумніви або запитання, вона має звернутися до лікаря за роз'ясненнями та уточненнями, але не у присутності хворого. Помітивши помилку в призначеннях лікаря, медична сестра не має обговорювати її з хворими, а тактовно звернутися із цим питанням до лікаря.

Медична сестра має бути чесною не тільки перед хворим, але й перед лікарем. Якщо вона дала хворому не ті ліки або перевищила їх дозу, вона має негайно доповісти про це лікареві, бо в цьому разі йдеться не тільки про етичні норми, але й про життя та здоров'я хворого.

Взаємини медичної сестри і молодшого медичного персоналу. Молодший медичний персонал є підлеглим палатній медичній сестрі. Розпорядження, що їх медична сестра дає молодшій медсестрі, мають бути чіткими, несуперечливими, послідовними, не різкими, щоб у молодшій медичній сестри було відчуття, що їй не наказують, а скеровують та контролюють її дії.

Обов'язки медичної сестри і молодшої медичної сестри переважно розмежовані, але в них є й спільні дії — переміна постільної та натільної білизни, купання, транспортування хворого. Якщо молодша медсестра зайнята, медсестра може подати хворому судно, сечоприймач.

Взаємини медичного персоналу з хворими. Медичний працівник має не лише сумлінно виконувати свої обов'язки стосовно хворого, але й боротися за його фізичний стан і психічне здоров'я, зберігати лікарську таємницю. Під час спілкування з хворим він має звертатися до нього на ім'я та по батькові, розмовляти тактовно, зі співчуттям, заспокоїливо, подати хворому надію на швидке одужання і повернення працездатності, навіть у тому разі, коли перед ним тяжкохворий. Іншими словами: "До хворого треба ставитися так, як ти хотів би, щоб ставилися до тебе".

Типи лікувально-профілактичних закладів

Є два типи лікувально-профілактичних закладів: амбулаторні та стаціонарні.

У закладах **амбулаторного типу** надають медичну допомогу хворим, які перебувають у домашніх умовах. До них належать амбулаторії, поліклініки, медико-санітарні частини (МСЧ), станції "Швидкої допомоги", диспансери, консультативно-діагностичні центри; у сільській місцевості — фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи), сільські амбулаторії, поліклініки центральної районної та обласної лікарень. *Амбулаторія* — невеликий лікувально-профілактичний заклад. На підприємстві теж є амбулаторії, де ведуть прийом лікарі лише основних спеціальностей; там є процедурний та фізіотерапевтичний кабінети, але немає діагностичного відділення. *Поліклініка* — великий лікувально-профілактичний заклад, у якому надають кваліфіковану медичну допомогу спеціалісти різного профілю, є діагностичне відділення. *Медико-санітарна частина* — лікувально-профілактичний заклад на великому промисловому підприємстві або у військовій частині, де його робітникам та службовцям надають першу допомогу, лікують хворих, проводять профілактику захворювань, пов'язаних із виробництвом. *Диспансер* — лікувально-профілактичний заклад, що обслуговує хворих із певними захворюваннями (протитуберкульозний, ендокринологічний, онкологічний, шкірно-венеричний тощо). Там здійснюють лікування, профілактику, патронаж, активне виявлення хворих із певною патологією. *Станція "Швидкої допомоги"* — лікувально-профілактичний заклад, який надає допомогу хворим удома, за місцем роботи або на місці виникнення гострого захворювання, різних невідкладних станів. *Консультативно-діагностичний центр* — лікувально-профілактичний заклад у великих містах, оснащений найсучаснішим діагностичним обладнанням.

У закладах **стаціонарного типу** лікують хворих, яких госпіталізують у відділення одного з лікувально-профілактичних закладів: лікарні, клініки, госпітально, санаторію. *Лікарня* — лікувально-профілактичний заклад, де надають різну діагностичну та лікувальну допомогу хворим, які потребують стаціонарного режиму, тривалого лікування і догляду, проведення складних обстежень. *Клініка* — лікувально-профілактичний заклад, у якому окрім лікувальної роботи проводять навчання студен-

тів та ведеться науково-дослідницька робота, клініка добре оснащена сучасною діагностичною апаратурою, має великий штат досвідчених фахівців. *Госпіталь* — лікувально-профілактичний заклад, призначений для лікування військовослужбовців та інвалідів війни. *Санаторій* — лікувально-профілактичний заклад, призначений для реабілітації хворих за допомогою різних природних чинників (клімату, мінеральних вод, грязей) у поєднанні з дієтотерапією, лікувальною фізкультурою та фізіотерапією.

Структура і функції терапевтичного стаціонару

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

У терапевтичному стаціонарі є основні відділення: приймальне, загальнотерапевтичне (кардіологічне, гастроентерологічне, пульмонологічне тощо), діагностичне, фізіотерапевтичне та допоміжні підрозділи (адміністративно-господарська частина, харчоблок тощо).

Для успішного лікування хворих, догляду за ними, запобігання можливим шкідливим впливам на них, для профілактики внутрішньолікарняної інфекції потрібно суворо дотримуватися **лікарняного режиму**, який включає проведення лікувально-охоронних та санітарно-протиепідемічних заходів (лікувально-охоронний та санітарно-протиепідемічний режими).

Лікувально-охоронний режим — це система лікувальних та профілактичних заходів, за допомогою яких усувається або обмежується несприятливий вплив подразників, що з ним може зіткнутися хворий в умовах лікарні, оберігається його психіка, які позитивно впливають на весь організм і сприяють швидкому одужанню. Основою лікувально-охоронного режиму є суворе дотримання розпорядку дня, який забезпечує фізичний і психічний спокій хворого. Незалежно від профілю лікувального відділення розпорядок дня складається з таких елементів: вставання, вимірювання температури тіла, виконання призначень лікаря, лікарський обхід, лікувально-діагностичні процедури, споживання їжі, відпочинок, прогулянки, прибирання та провітрювання приміщень, денний та нічний сон (табл. 1).

Таблиця 1. Розпорядок дня у терапевтичному відділенні та обов'язки медичної сестри

Години	Заходи розпорядку дня	Обов'язки медичної сестри
7.00	Вставання	Вмикає світло в палатах
7.05—7.30	Термометрія	Роздає термометри і стежить за правильністю вимірювання температури тіла; результати термометрії записує у температурний листок
7.30—8.00	Ранковий туалет хворих	Допомагає тяжкохворим виконати гігієнічні процедури (догляд за шкірою, обробляє ротову порожнину, очі, ніс, підмиває, розчісує; перестеляє ліжко), відправляє біологічний матеріал (сечу, кал, харкотиння) в лабораторію
8.00—8.30	Уживання ліків	Роздає ліки і стежить за їх уживанням

Тема 1. Основні принципи загального та спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю

Години	Заходи розпорядку дня	Обов'язки медичної сестри
8.30— 9.00	Сніданок	Допомагає роздати їжу, годує тяжкохворих
9.00—10.00	Лікарський обхід	Бере участь в обході, записує призначення лікаря
10.00—13.00	Виконання призначень	Виконує лікарські призначення: робить ін'єкції, зондування; готує хворих до обстеження, супроводжує їх у діагностичні кабінети, до лікарів-консультантів; доглядає за тяжкохворими
13.00—13.30	Уживання ліків	Роздає ліки і стежить за їх уживанням
13.30—14.30	Обід	Допомагає роздати їжу, годує тяжкохворих
14.30—16.30	Денний відпочинок, сон	Стежить за порядком у відділенні, за станом тяжкохворих
16.30—17.00	Термометрія	Роздає термометри і стежить за правильністю вимірювання температури тіла; результати записує у температурний листок
17.00—19.00	Відвідування хворих родичами	Стежить за порядком у відділенні, контролює вміст передач з продуктами
19.00—19.30	Уживання ліків	Роздає ліки і стежить за їх уживанням
19.30—20.00	Вечеря	Допомагає роздати їжу, годує тяжкохворих
20.00—21.30	Виконання призначень	Виконує лікарські призначення: робить ін'єкції; ставить клізми, гірчичники, компреси; готує хворих до рентгенівського та ендоскопічного дослідження; доглядає за тяжкохворими
21.30—22.00	Вечірній туалет	Підмиває важкохворих, перестеляє ліжко, обробляє ротову порожнину, проводить туалет носа, вух; провітрює палати
22.00—7.00	Сон	Вимикає світло в палатах, укриває хворих, стежить за порядком у палатах. Щогодини робить обхід у відділенні

Окрім дотримання розпорядку дня до заходів лікувально-охоронного режиму належать: відповідний санітарний стан у відділенні, затишна обстановка в палатах, коридорах; медичний персонал має бути взірцем чистоти та акуратності, завжди бути підтягненим, спокійним, стриманим, терплячим і водночас вимогливим до виконання всіх призначень лікаря; важливо запобігати негативним емоціям, що виникають через вигляд предметів лікарського догляду (брудні бинти, невимите судно тощо). Не варто надмірно драматизувати ситуацію, виявляти надмірне піклування про хворого. Часто, невміло висловлюючи свої співчуття чи наводячи приклади тяжких наслідків при подібних захворюваннях, вселяють у хворих неспокій і хвилювання. Навколо хворого треба створити душевний спокій, сприятливий емоційний клімат з оптимістичним настроєм.

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

Протиепідемічні заходи в осередку інфекції проводять у 3 напрямках:

- стосовно джерела інфекції (хворої людини чи носія);
- стосовно осіб, які контактували із джерелом інфекції;
- стосовно зовнішнього середовища (дезінфекція).

Стосовно джерела інфекції (хворої людини або носія):

1. Раннє виявлення хворого (активне або під час звернення по медичну допомогу).
2. Рання діагностика (лабораторна).
3. Повідомлення про інфікованого хворого у санітарно-епідеміологічну станцію (екстрене повідомлення Ф — форма 58, за телефоном).
4. Своєчасна госпіталізація (протягом 3 год у місті й 6 год у сільській місцевості).
5. Санітарна обробка перед госпіталізацією.
6. Постановка остаточного діагнозу і проведення специфічного лікування.
7. Дотримання санітарно-протиепідемічного режиму в стаціонарі для інфекційних хворих.
8. Дотримання правил і термінів виписки реконвалесцентів.
9. Диспансерне спостерігання.
10. Санітарно-просвітницька робота серед населення.

Стосовно осіб, які контактували із джерелом інфекції:

1. Раннє виявлення контактних осіб (у родині, на роботі, дитячих установах).
2. Медичне спостерігання (карантин, обсервація).
3. Бактеріологічне, серологічне, біохімічне дослідження для виявлення носія або ранньої діагностики.
4. Санітарна обробка при деяких захворюваннях.
5. Специфічна профілактика (вакцинація, серопротекція, введення гаммаглобуліну, вживання бактеріофагу).
6. Санітарно-просвітницька робота.

Стосовно зовнішнього середовища — заходи дезінфекції (див. нижче)

Окрім загального лікувального режиму є кілька видів індивідуального режиму, регламентованих загальним станом хворого. Сюди входить **стаціонарний режим**, який має декілька різновидів, а саме: **суворий постільний режим** — призначають хворим із тяжкою хворобою (гострий інфаркт міокарда, шлунково-кишкова кровотеча тощо), коли навіть незначні рухи хворого можуть призвести до смерті; **напівпостільний режим** — призначають хворим із недугами середньої тяжкості (стенокардія, серцева недостатність); цим хворим дозволяють сидіти в ліжку, відвідувати санвузол. **Індивідуальний режим** призначають виснаженим хворим, які повільно одужують після тяжких захворювань; їм можна приписувати додаткові прогулянки на свіжому повітрі, додаткове харчування, фізіотерапію.

Приймальне відділення

Приймальне відділення лікарні — підрозділ стаціонару, в якому проводять прийом і реєстрацію хворих, огляд, об'єктивне обстеження та первинну діагностику, санітарну обробку, транспортування хворих у лікувальне відділення, ведуть довідково-інформаційну роботу, за потреби надають невідкладну медичну допомогу. Від того, наскільки правильно та оперативно організовано роботу приймального відділення, залежать успіх і результати лікування хворого надалі.

Типи приймальних відділень. *Централізовані* — це одне відділення зі складною структурою, що створюється у багатопрофільних неінфекційних лікарнях, особливо

тоді, коли відділення розташовані в одному корпусі. *Децентралізовані* — це відділення, що створюються на базі інфекційного, дитячих відділень або пологових будинків.

Організація роботи приймального відділення

Основні функції приймального відділення:

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

Структура приймального відділення терапевтичного стаціонару

Приймальне відділення складається із таких приміщень:

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

оглядові кімнати: реєстратура, у якій медична сестра заповнює документацію на хворого, кімната для огляду хворого лікарем, ізолятор (для прийому хворого, у якого підозрюють інфекційне захворювання або гарячку невідомого генезу), кімната для консультацій фахівців, кімната для антропометричних досліджень;

санітарний пропускник: душові, ванна; кімната для санітарної обробки хворого (боротьба з педикульозом, коростою); кімната, у якій хворий перевдягається в лікарняний одяг;

процедурні кабінети: маніпуляційний, кабінет для проведення катетеризації сечового міхура, постановки клізми, промивання шлунка;

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

ізолятор для хворих, у яких підозрюють інфекційне захворювання;

кабінет чергового лікаря;

туалетна кімната (санвузол);

гардероб із камерою для зберігання одягу, сейфом для зберігання документів та коштовностей.

Документація, що її заповнюють у приймальному відділенні

1. Журнал реєстрації хворих, яких госпіталізують до стаціонару, та відмов від госпіталізації (записують: № з/п, дату і час госпіталізації, П.І.Б., дату і рік народження, місце проживання, контактні телефони, місце роботи, професію та посаду, ким направлений до стаціонару, з яким діагнозом, діагноз, який поставлено у приймальному відділенні, назву лікувального відділення, куди госпіталізовано пацієнта, причину відмови від госпіталізації та статус хворого на момент обстеження) — **форма 001/о**.

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

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

4. Екстрене повідомлення про виявлення випадків інфекційного паразитарного захворювання, харчового або професійного отруєння чи незвичайної реакції на щеплення — *форма 058/о*. Відсилають у районне відділення санітарно-епідеміологічної та дезінфекційної станції не пізніше ніж через 12 год від моменту виявлення, дублюється надсиланням телефонограми.

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

6. Журнал телефонограм, у якому медсестра фіксує текст телефонограми, дату, час її надсилання, ким прийнята.

7. Алфавітний журнал госпіталізованих хворих (для довідкової служби).

Примітка: у разі ургентного прийняття до стаціонару невідомого пацієнта та за відсутності документів слід дати телефонограму до районного відділу міліції.

Організація прийому хворих до стаціонару

Шляхи госпіталізації хворих до стаціонару:

1. Планова за направленням лікаря закладу первинної медичної допомоги (районна поліклініка, медико-санітарна частина тощо).

2. Ургентна госпіталізація хворих, доставлених машиною “Швидкої допомоги”.

3. Переведення з одного стаціонару до іншого за домовленістю.

4. Самозвернення.

Обов’язки медичної сестри приймального відділення

1. Реєстрація хворих, заповнення медичної документації.

2. Вимірювання температури тіла хворого (термометрія) .

3. Проведення антропометричних досліджень.

4. За призначенням лікаря надання невідкладної допомоги хворому.

5. За підозри на інфекційне захворювання за призначенням чергового лікаря взяття мазка із зів’я або носа; заповнення екстреного повідомлення про інфекційного хворого.

6. Санітарна обробка хворого.

Реєстрація хворих. Порядок реєстрації зумовлюється причиною госпіталізації хворого та станом його здоров’я.

1. У разі масової госпіталізації хворих є певний порядок черговості: спочатку приймають та реєструють тяжкохворих, потім хворих середнього ступеня тяжкості, і в останню чергу — хворих за направленням поліклініки. Якщо у хворого надто тяжкий стан або він потребує реанімаційних заходів, спочатку надають відповідну допомогу, а лише після цього його реєструють.

2. Якщо хворий, якого доставила машина “Швидкої допомоги”, непритомний, його реєстрацію проводять зі слів осіб, які супроводжують його, або за наявними документами; якщо цього немає, лікар приймального відділення докладно описує зовнішні дані та прикмети хворого і направляє ці відомості до міліції.

3. Хворих, доставлених машиною “Швидкої допомоги” або які звернулися самостійно, *реєструють тільки після огляду їх черговим лікарем* та встановлення ним попереднього діагнозу і розв’язання питання про необхідність госпіталізації у певне відділення стаціонару або відмови у госпіталізації (що реєструється у спеціальному журналі). *Основні причини відмови у госпіталізації:* відсутність потреби в госпіталізації; якщо після надання допомоги стан хворого повністю нормалізувався (гіпертонічний криз); непрофільність хворого. У цих випадках, якщо під час огляду хво-

рого бригада “Швидкої допомоги” ще не поїхала, вона має доставити хворого до профільної лікарні. Якщо вона вже поїхала, черговий лікар має викликати бригаду “Швидкої допомоги”, що спеціалізується на перевезенні таких хворих.

4. На хворих, які приходять чи їх доставляють за направленням поліклініки, медична сестра приймального відділення одразу заповнює історію хвороби та реєструє їх у відповідних журналах.

Послідовність дій під час прийому хворих до стаціонару

Оформлення госпіталізації хворого у лікувальне відділення стаціонару

1. Медична сестра або лікар оглядають хворого на наявність інфекційних захворювань та педикульозу. Для цього оглядають шкірні покриви, волосисті ділянки тіла. Зів, вимірюють температуру тіла.

2. Медична сестра оформляє титульну сторінку “Медичної карти стаціонарного хворого”. При цьому уважно заповнює всі паспортні дані (прізвище, ім'я, по батькові, дату, місяць і рік народження, домашню адресу, телефон — домашній, мобільний, службовий, місце роботи, посаду); ким хворий направлений; діагноз при направленні; діагноз, поставлений у приймальному відділенні; відділення, в яке направляють хворого; дату і годину з хвилинами госпіталізації. У разі госпіталізації дітей або хворих літнього віку записують домашню адресу, місце роботи, телефон батьків або найближчих родичів. Якщо у хворого в приймальному відділенні виявлено інфекційне захворювання, медичний персонал має: помістити його в ізоляторі, заповнити “Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне захворювання” (форма № 058-у) і не пізніше ніж через 12 год від моменту виявлення направити його до санепідемстанції. Викликати бригаду “Швидкої допомоги” для перевезення хворого в інфекційне відділення.

3. Якщо хворого доставлено в непритомному стані, всі дані про нього медична сестра отримує від осіб, які його супроводжують, або від медичного персоналу “Швидкої допомоги”.

4. У тому разі, коли немає будь-яких паспортних даних про хворого, який у непритомному стані, медична сестра повідомляє про це у найближче відділення міліції, вказує прикмети хворого, його одяг. До з'ясування особи в усіх документах хворого реєструють як “невідомий”.

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

6. Шляхом опитування з'ясовують і відмічають у карті побічну дію ліків (алергічні реакції).

7. Дані про хворого медична сестра заносить у алфавітну книгу (прізвище, ім'я, по батькові, номер медичної карти, дату госпіталізації, назву відділення стаціонару), яка є документом для довідкової служби.

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

9. Хворого оглядає лікар і розв'язує питання про його госпіталізацію, спосіб санітарної обробки і транспортування.

10. Якщо хворому відмовляють у госпіталізації через відсутність показань або місця у відділенні, його реєструють у “Журнал відмов у госпіталізації”, вказуючи паспортні дані, дані об'єктивного обстеження, діагноз, причину відмови. Усі ці відомості лікар засвідчує своїм підписом.

Огляд хворого лікарем

Хворих, яких доставлено у стаціонар, у приймальному відділенні оглядає черговий лікар на наявність інфекційних захворювань та педикульозу (огляд шкірних покривів, термометрія). Після розв'язання лікарем питання про госпіталізацію хворого медична сестра оформлює відповідну медичну документацію: титульну сторінку історії хвороби (ф.003/о), “Журнал реєстрації хворих, які надходять” (ф.001/о), “Статистичну карту вибулого зі стаціонару” (ф.066/о).

Далі лікар проводить повне клінічне обстеження хворого; за необхідності призначає лабораторно-інструментальне дослідження, консультацію лікарів-фахівців; ставить попередній діагноз; визначає обсяг обстеження, необхідні методи лікування та догляду; спосіб санітарної обробки і спосіб транспортування хворого у певне відділення.

Проведення антропометричних досліджень

Антропометричне дослідження хворого охоплює вимірювання зросту, маси тіла, обводу грудної клітки та живота.

Вимірювання зросту проводять зростоміром, який оснащений вертикальною стійкою із сантиметровою поділкою і рухомою горизонтально розташованою планшеткою. Хворий стоїть спиною до стійки, щільно торкаючись її п'ятами, сідницями, лопатками та потилицею. Голова має розташовуватись у такому положенні, щоб верхній край зовнішнього слухового ходу та кути очей були на одній горизонтальній лінії. Планшетку опускають на голову хворого і відраховують поділки на шкалі до нижнього краю планшетки. Вимірювати зріст можна й у положенні хворого сидячи; до висоти хворого у положенні сидячи додають відстань від підлоги до лавки зростоміра. Зріст тяжкохворого вимірюють сантиметровою стрічкою у положенні хворого лежачи. Отриманий результат заносять до історії хвороби.

Масу тіла вимірюють на медичних вагах, які перед цією процедурою правильно встановлюють та регулюють. Зважування проводять натше після випорожнення сечового міхура та кишок. Хворий стає на площадку вагів при опущеному затворі. Після досягнення рівноваги затвор вагів піднімають, важки пересувають на планках коромисла вагів ліворуч доти, доки воно не стане на одному рівні з контрольною рисою. Потім затвор вагів знову опускають, а показники нижньої (I поділка = 1 кг) та верхньої (I поділка = 100 г) планок підсумовують. Отриманий результат заносять до історії хвороби.

Обвід грудної клітки вимірюють сантиметровою стрічкою спереду по IV ребру (у чоловіків під сосками), ззаду — під лопатками. Руки хворого мають бути в опущеному положенні. Вимірювання проводять під час максимального вдиху та видиху, а також під час спокійного дихання.

Обвід живота проводять натше сантиметровою стрічкою спереду на рівні пупка, ззаду на рівні XI поперекового хребця. Вимірювання обводу живота має клінічне значення у хворих з асцитом, ожирінням.

Надання невідкладної допомоги у приймальному відділенні

У приймальному відділенні невідкладну допомогу надають у разі:

- раптового погіршення стану хворого, якого доставлено машиною “Швидкої допомоги” (гіпертонічний криз, напад бронхіальної астми, больовий напад тощо);

- самозвернення хворого через погане самопочуття (біль у серці, животі, запаморочення тощо);
- раптового погіршення стану хворого, який прибув за направленням поліклініки.

Санітарна обробка хворого

Санітарна обробка хворого — комплекс заходів, спрямованих на запобігання проникненню та поширенню інфекційних і паразитарних захворювань у лікувально-профілактичних закладах (профілактика внутрішньолікарняної інфекції). Санітарну обробку проводять під час госпіталізації хворого у санпропускнику приймального відділення. Вона включає такі заходи:

1. Огляд пацієнта на наявність інфекційних, шкірних та паразитарних (педикульоз і скабіоз) захворювань.
2. У разі потреби проведення протипедикульозної та протискабіозної обробки.
3. Гігієнічні водні процедури (обтирання, душ або ванна).
4. Гоління, стрижка волосся та підстригання нігтів.
5. Перевдягання у лікарняний одяг.

Виокремлюють такі *види санітарної обробки хворих*: повне (охоплює всі заходи) та часткове; загальні гігієнічні процедури і спеціальні заходи (протипедикульозні, протискабіозні). *Питання про обсяг санітарної обробки хворого розв'язує лікар* приймального відділення після його огляду, встановлення діагнозу та оцінювання загального стану. Санітарну обробку хворого проводить безпосередньо медична сестра за допомогою молодшої медичної сестри.

Повну загальну санітарну обробку проводять хворим із задовільним загальним станом, а також тим, у кого захворювання не тяжке або немає ушкоджень шкірних покривів; тяжкохворим (з інфарктом міокарда, інсультом), хворим із високою температурою тіла, непритомним, із важкими ураженнями шкіри проводять часткову обробку; у разі тяжкого стану пацієнта, який потребує термінових реанімаційних заходів, санітарну обробку не проводять.

Оснащення санпропускника для проведення санітарно-гігієнічної обробки хворого: кушетки, шафи для чистої білизни і бачки для брудної білизни, мочалки для миття хворих, мило, машинки для стрижки волосся, бритви для гоління, ножиці, повітряні та водні термометри, мочалки та шітки для миття ванни, промаркірований інвентар (відра, швабри), дезінфекційні розчини.

Порядок проведення санітарної обробки хворого

1. Оглянути тіло хворого на наявність інфекційних захворювань, корости, педикульозу і здійснити відповідний запис на титульному листку медичної карти.
2. Розв'язати із лікарем питання про необхідність і вид санітарної обробки та її обсяг.
3. За потреби підстригти хворому нігті, стрижка волосся, гоління.
4. Допомогти хворому роздягнутися. Одяг скласти у спеціально для цього виділений чистий мішок, заповнити при цьому квитанцію у двох примірниках із точним описом речей. Один примірник здати на склад із речами, другий — вклеїти в медичну карту.

5. Провести гігієнічні водні процедури (обтирання, душ або ванну).

Якщо є можливість, то хворих ліпше мити під душем, оскільки він легше переноситься.

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

Загальні гігієнічні процедури. До загальних гігієнічних процедур належать: стрижка волосся та обрізання нігтів, гоління, гігієнічні водні процедури (обтирання, душ або ванна).

Стрижка волосся, гоління, обрізання нігтів

Стрижка волосся

Оснащення:

- ножиці, машинка для стрижки;
- таз для спалювання волосся, сірники;
- етиловий спирт (70 %).

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Підготуватися до проведення санітарно-гігієнічної обробки: розкласти необхідне оснащення.

2. Застелити табуретку (кушетку) клейонкою, посадити на неї хворого, плечі вкрити поліетиленовою пелюшкою.

3. Зняти волосся машинкою для стрижки, при захворюванні шкіри волосистої частини голови волосся обстригти над підготовленим тазом.

4. Спалити волосся.

5. Обробити ножиці і бритву спиртом.

Гоління

Оснащення:

- гумові рукавички;
- бритва, пензлик і крем для гоління;
- серветка, рушник, ємність для води.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

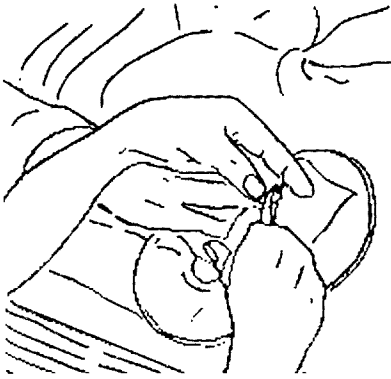
1. Підготуватися до проведення санітарно-гігієнічної обробки: розкласти потрібне оснащення.

2. Нагріти воду (до 40—45 °С), надягти рукавички, намочити у воді серветку, відтиснути й покласти на обличчя хворого.

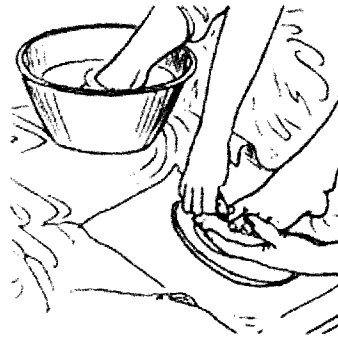
3. Зняти серветку, нанести пензликом крем для гоління.

4. Поголоти хворого, натягуючи іншою рукою шкіру в протилежному напрямку стосовно руху бритви.

5. Промокнути обличчя вологою, потім сухою серветкою.



Мал. 1. Обрізання нігтів на руках



Мал. 2. Обрізання нігтів на ногах

6. Обробити бритву спиртом.
7. Зняти рукавички, вимити руки.

Обрізання нігтів

Оснащення:

- гумові рукавички;
- ножиці й шипчики для обрізання нігтів;
- тепла вода, рідинне мило, крем для рук і ніг, спирт (70 %);
- таз і лоток для води, рушник.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ (мал. 1, 2)

1. Підготуватися до проведення санітарно-гігієнічної обробки: розкласти оснащення, нагріти воду, надягти рукавички.
2. Додати в лоток із теплою водою рідинне мило й опустити в нього на 2—3 хв руки пацієнта (по черзі, у міру обрізання нігтів).
3. По черзі виймаючи пальці хворого з води, витирати їх і акуратно обрізати нігті.
4. Обробити руки пацієнта кремом.
5. Додати в таз із теплою водою рідинне мило й опустити в нього на 2—3 хв ноги пацієнта (по черзі, у міру обрізання нігтів).
6. Покласти ногу на рушник (по черзі, у міру обрізання нігтів), витерти її й обрізати нігті спеціальними шипчиками.
7. Обробити стопи кремом.
8. Продезінфікувати ножиці й шипчики етиловим спиртом.
9. Зняти рукавички, вимити руки.

Гігієнічна ванна

Гігієнічну ванну призначають хворим із задовільним станом, протипоказана вона пацієнтам із захворюваннями середньої тяжкості, тяжкохворим, хворим із високою температурою тіла (понад 38 °С), непритомним, із тяжкими ураженнями шкіри.

Залежно від характеру захворювання й стану хворого гігієнічна обробка хворого може бути повною (ванна, душ) або частковою (обтирання, обмивання).

Гігієнічна ванна протипоказана пацієнтам з інфарктом міокарда, гострим порушенням мозкового кровообігу, гіпертонічним кризом, гострою серцевою та судинною недостатністю, туберкульозом в активній фазі, захворюваннями шкіри, кровотечами, виснаженим. Гігієнічну ванну не призначають породіллям і пацієнтам із захворюваннями, що потребують екстреного хірургічного втручання.

У разі протипоказань до приймання гігієнічної ванни хворого потрібно спочатку обтерти серветкою, змоченою в теплій воді з милом або в теплій воді з одеколоном (спиртом), потім серветкою, змоченою в чистій воді, і насухо витерти.

Оснащення:

- клейончастий фартух, гумові рукавички;
- шітка, засіб для чищення ванни, 1 % розчин хлораміну;
- водяний термометр, індивідуальні мило й мочалка;
- рушник, чиста білизна.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Надягти клейончастий фартух і рукавички.
2. Закрити кватирки (температура повітря у ванній кімнаті має бути не нижчою 25 °С), покласти на підлогу біля ванни гумовий килимок (якщо немає дерев'яної решітки), ретельно вимити ванну шіткою і засобом для чищення, обробити ванну розчином хлораміну.
3. Підготуватися до самого процесу санітарно-гігієнічної обробки пацієнта: розкласти потрібне оснащення, наповнити ванну спочатку холодною, а потім гарячою водою на 2/3 її об'єму (така послідовність заповнення ванни зменшує утворення пари у ванній кімнаті). Температура гігієнічної ванни становить 37—40 °С.
4. Перемінити фартух і рукавички.
5. Допомогти пацієнтові роздягнутися й посадити його у ванну, підтримуючи під лікті.
6. Надати хворому такого положення у ванні, щоб вода доходила до верхньої третини його грудей; у нижній кінець ванни доцільно помістити дерев'яну підставку, щоб хворий міг упертися в неї ногами, це убезпечить його від скоочування та зісковзування (мал. 3).

Не можна залишати хворого під час прийняття ванни без догляду; потрібно обов'язково стежити за його зовнішнім виглядом і пульсом!



Мал. 3. Положення хворого під час прийняття гігієнічної ванни

7. Якщо хворий не спроможний прийняти ванну самостійно, вимити його, використовуючи індивідуальні мило й мочалку, у такій послідовності: голова — тулуб — руки — пахова ділянка — промежина — ноги, приділяючи особливу увагу місцям накопичення поту.

8. Допомогти пацієнтові вийти з ванни, витерти його в тій послідовності, що й миття.

9. Одягти пацієнта в чистий одяг (нині хворим дозволяється перебувати в палаті не в лікарняному, а в домашньому одязі).

10. Ретельно вимити ванну шткою і засобом для чищення, обробити розчином хлораміну.

11. Зняти фартух і рукавички, покласти їх у спеціальний клейончастий мішок, вимити руки.

Тривалість перебування хворого у ванні визначають його станом, що в середньому становить 15—30 хв. Для пацієнтів із захворюванням середньої важкості температура води у ванні має становити 36—37 °С, час приймання в середньому — 10—15 хв. Такі хворі потребують допомоги медичної сестра та молодшої медичної сестри.

Гігієнічний душ

Гігієнічний душ є більш гігієнічним, аніж ванна, і показаний хворим, у яких задовільний стан або стан середньої тяжкості. Температура води має становити 36—37 °С, струмінь води не має бути сильним. Спочатку потрібно вимити голову, потім тулуб та кінцівки. Хворі із захворюванням середньої тяжкості миються сидячи на табуреті. Їм допомагає медична сестра або молодша медична сестра.

Оснащення:

- клейончастий фартух, гумові рукавички;
- шітка, засіб для чищення, 1 % розчин хлораміну;
- водяний термометр, індивідуальні мило й мочалка;
- рушник, чиста білизна.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Надягти клейончастий фартух і рукавички.

2. Закрити кватирки. Температура повітря в душовій або ванній кімнаті має бути не нижчою 25 °С, ретельно вимити підлогу шткою й засобом для чищення, обробити розчином хлораміну, покласти на підлогу в душовій кабінці (ванні) гумовий килимок.

3. Підготуватися до проведення санітарно-гігієнічної обробки: розкласти потрібне оснащення, відкрити кран з водою (температура води має бути 35—42 °С), перемінити фартух і рукавички.

4. Допомогти пацієнтові роздягнутися й посадити його на табуретку (лавочку) у душовій кабінці (ванні), підтримуючи під лікті.

5. Якщо хворий не спроможний митися самостійно, вимити його, використовуючи індивідуальні мило й мочалку, у такій послідовності: голова — тулуб — руки — пахова ділянка — промежина — ноги.

6. Допомогти пацієнтові вийти з душової кабінки (ванни), витерти його в тому самому порядку.

7. Одягти пацієнта в чистий одяг.

8. Ретельно вимити підлогу в душовій кабінці (ванні) шткою і засобом для чищення, обробити розчином хлораміну.

Обтирання тяжкохворого

Якщо ванна і душ хворому протипоказані, зробити обтирання його тіла теплою водою з милом.

Обтирання теплою водою з милом проводять тяжкохворим (після інфаркту міокарда, інсульту), хворим із високою температурою тіла, у стані непритомності, при тяжких ураженнях шкіри (псоріаз, екзема, трофічні виразки тощо). Під хворого кладуть клейонку, оголюють спочатку верхню частину тіла і мочалкою, змоченою у теплій воді з милом, протирають обличчя, шию, груди, руки. Ці частини тіла досуха витирають рушником і накривають простирадлом, щоб не переохолодити хворого. Потім так само обтирають живіт, спину, стегна, ноги. Якщо таке обтирання провести неможливо, тіло обтирають мочалкою, жмутком вати або чистою ганчіркою, змоченими одеколоном чи горілкою, розведеними наполовину водою. Після санітарної обробки на хворого надягають чисту білизну і тапочки.

На титульній сторінці медичної карти хворого погрібно зробити відмітку про проведену санітарну обробку.

Запам'ятайте! *Санітарну обробку хворих потрібно здійснювати в спеціально відведеному для цього приміщенні, в якому не повинно бути зустрічного потоку хворих.*

Спеціальна санітарна обробка хворого

Спеціальна санітарна обробка хворого включає протипедиккульозні та протискабіозні заходи.

Виявлення педикульозу та боротьба з ним

Педикульоз — паразитарне захворювання, спричинене головною та платтяною вошами, які живляться кров'ю людини, що має велике епідемічне значення, бо вони можуть бути переносниками збудників висипного та зворотного тифу, хвороби Бриля і волінської гарячки. Висипний тиф спричинює рикетсія Провачека, яка локалізується в клітинах кишок воші, унаслідок чого клітини руйнуються і збудник разом із випорожненнями потрапляє на шкіру людини, де живе воша. Людина інфікується внаслідок потрапляння таких випорожнень у місця розчухувань або укусу комахи чи внаслідок роздавлювання паразитів на шкірі. Воша гине лише через 7—12 днів після зараження. Збудник поворотного тифу — спірохета Обермейєра потрапляє в кишки воші з кров'ю хворої людини, потім у гемолімфу і розмножується. Людина інфікується внаслідок роздавлювання зараженої воші і потрапляння спірохети у кров через дефекти шкіри (місця розчухувань, укусів та ін.). Інфікована воша лишається живою упродовж 3 тиж.

На тілі людини може паразитувати ще один вид воші — лобкова, проте вона не має значного епідемічного значення, бо не є переносником хвороби. Передається від людини до людини під час статевих контактів. Поза тілом людини живе тільки 10—12 год.

Розвиток воші відбувається у 3 стадії: яйця або гниди, личинки та статевозрілі воші (самки більші за самців, під час харчування кров'ю колір їхній темнішає).

ПЛАТТЯНІ ВОШІ

Платтяні воші живуть у білизні. Яйця відкладають у найтепліших місцях, що контактують зі шкірою (зборках, швах), купками по 6—14 штук за день. Живе воша до 46 діб. У всі стадії розвитку воші чутливі до температури (зниження температури

переносять ліпше, ніж її підвищення). За високої температури тіла можуть покинути гарячкового хворого і переповзти на людей, що оточують його. *Головна воша* живе у волоссі людини, але її можна виявити на білизні, одязі та взутті. Самка відкладає по 4 яєць на день. Воша живе до 38 діб. Також чутлива до температури тіла, поза тілом хазяїна вона гине вже через 1 добу. За температури нижчій 20 °С яйця не відкладає, розвиток личинки припиняється.

*Нормативні документи щодо організації профілактики
та ліквідації педикульозу*

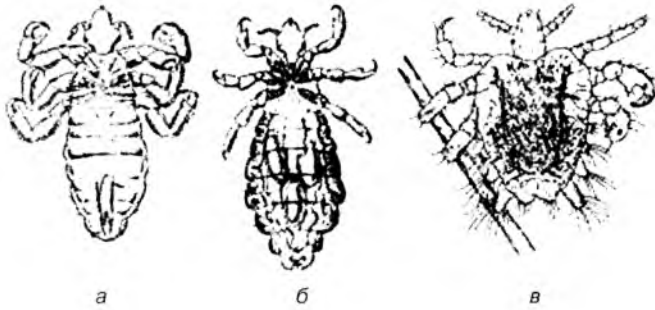
1. Наказ МОЗ України “Про надання позачергових повідомлень Міністерству охорони здоров’я України” № 190 від 23.05.2002 р.
2. Наказ МОЗ України “Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом” № 38 від 28.03.1994 р.

Протипедикульозна укладка. Кожне приймальне відділення повинне мати укладку для огляду та обробки пацієнта з педикульозом. Медичний персонал має працювати у спецодязі та засобах захисту шкіри рук і слизових оболонок.

Укладка для огляду пацієнта з педикульозом містить: гумові рукавички, настільну лампу, лупу, густий гребінець та ємність із дезінфекційним розчином для замочування гребінця. *Укладка для проведення протипедикульозної обробки містить:* клейончастий або полотняний мішок для речей (одягу) пацієнта, відро для спалювання волосся, клейончасту пелерину та клейонку для вичісування волосся, ножиці, машинку для стрижки волосся, одноразовий станок для гоління, густий гребінець, маски, косинки (клейончасту та полотняну), вату, розчин оцту 10 %, інсектициди з інструкціями до застосування для обробки людини та речей (білизни і приміщення). Для персоналу: гумові рукавички, окуляри, маска, змінний одяг та взуття.

Правила проведення протипедикульозних заходів

1. Розфасовку, приготування робочих розчинів, обробку речей проводити на відкритому повітрі або у нежилих провітрюваних приміщеннях у спеціальному одязі, гумових рукавичках, захисних окулярах та респіраторях (ватно-марлевих масках).
2. Пацієнтів обробляти у спеціально відведених приміщеннях за відсутності у них захворювань та уражень шкіри.
3. Увесь посуд для розчинів має бути промаркованим і не використовуватися для інших цілей.
4. Усі засоби мають зберігатися у приміщенні, куди вхід стороннім заборонено. уся тара має бути щільно закритою та промаркованою. На кожен із засобів має бути паспорт, де вказано назву препарату та виробника, вміст активної речовини, умови зберігання, дату виготовлення і термін придатності.
5. У місці проведення дезінсекції має бути вода, мийні засоби, рушники та аптечка для надання невідкладної допомоги в разі отруєння.
6. Перед початком роботи всі працівники проходять спеціальні інструктажі. Вони підлягають регулярним медичним оглядам. Не допускаються до роботи із дезінсектицидними засобами особи молодші 18 років, вагітні, матері, що годують груддю, та особи із захворюваннями, зумовленими роботою з препаратами.



Мал. 4. Види вошей:
а — платтяна; б — головна; в — лобкова



Мал. 5. Вигляд гниди, прикріпленої до волосини

Огляд шкірних і волосяних покривів хворого

Згідно із вищезазначеними нормативними документами у приймальному відділенні обов'язково проводять огляд хворого на педикульоз (вошивість). Оглядають волосяні покриви голови (для виявлення головної воші), лобок і пахвові ямки, вуса, бороду, брови, вії (для виявлення лобкової воші або площини лобкової), одяг, особливо складки білизни, внутрішні шви (для виявлення платтяної воші) (мал. 4).

Отже, потрібно ретельно оглядати не тільки всього хворого, але і його одяг, особливо складки й внутрішні шви білизни.

Ознаки педикульозу:

- наявність гнид (яєць вошей, які приклеюються до волосся або ворсинок тканини; мал. 5) і самих вошей;
- свербіж шкірних покривів;
- сліди розчухувань та імпетигінозні (гноячкові) кірки на шкірі.

Особливе значення має огляд волосяних покривів голови, оскільки там педикульоз найбільше поширений. Проявляється це свербіжем голови. Під час огляду голови, особливо її потиличної ділянки, можна побачити свіжорозчухані місця, кірочки, що утворилися після розчухування, яйця вошей (гниди) сірувато-білого кольору, щільно прикріплені до волосся, особливо поблизу кореня, статевозрілу вошу (середній розмір самки 3 мм, самця — 2 мм).

Санітарна обробка пацієнтів із педикульозом

У санпропускнику має бути спеціальна укладка, в якій містяться такі предмети: лупа, настільна лампа, бритва, ножиці, машинка для стрижки волосся, густий гребінець, 10 % оцтова кислота, клейонка, косинка бавовняна і поліетиленова, мішок для одягу, а також окуляри, гумові рукавички, маска, халат, косинка для персоналу.

Етапи санітарно-гігієнічної обробки:

- 1) дезінсекція (*des* — префікс, що означає знищення, лат. *insectum* — комаха) — знищення членистоногих, що є переносниками збудників інфекційних та інвазивних захворювань;
- 2) гігієнічна ванна (душ, обтирання);
- 3) стрижка волосся і обрізання нігтів;
- 4) перевдягання хворого в чисту білизну.

ОСНАЩЕННЯ ДЛЯ ДЕЗІНСЕКЦІЇ

- Захисний одяг: медичний халат, косинка, маска, клейончастий фартух або спеціальний одяг із прогумованої тканини, гумові рукавички.
- Дезінсектицидний розчин.
- Шампунь, оцет (6 % розчин, підігрітий до 30 °С), етиловий спирт (70 %).
- Поліетиленові косинка й пелюшка, клейонка, рушники, папір, густий гребінець, ножиці.
- Таз для спалювання волосся і сірники.
- Клейончастий мішок.

На цей час загальносвітовою тенденцією є використання одноразових медичного одягу і білизни із нетканого багат шарового матеріалу нового покоління — СМС. Матеріал СМС складається із трьох шарів: шару спанбонда, шару мультбланда і ще одного шару спанбонда. Матеріал СМС забезпечує надійний захист медперсоналу, особливо під час роботи з ВІЛ-інфікованими, хворими на гепатит В, С тощо.

Розрізняють декілька видів дезінсектицидних розчинів: 20 % розчин емульсії бензилбензоату, спеціальні шампуні (наприклад “Елкоінсект”), спеціальні лосьйони (наприклад “Ніттифор”).

Боротьба із головною вошею

Якщо хворий погоджується, йому повністю голять голову, а волосся спалюють. Проте деякі хворі, особливо жінки, не дають згоди на цю процедуру, тому боротьбу з вошивістю проводять за допомогою застосування різних способів хімічних речовин.

I спосіб. Для розчинення хітинової оболонки гнид беруть гарячий 10 % розчин столового оцту, змочують ним вату, начесану на густий гребінець, і ретельно розчісують волосся. Процедуру повторюють протягом декількох днів. Потім готують суміш із гасу та олії (порівну), яку накладають на волоссяний покрив голови на 8—10 год. Голову вкочують восковим папером або шматком поліетилену, зав’язують косинку. Через 8—10 год волосся старанно миють гарячою водою з милом.

II спосіб. Застосовують одну з хімічних речовин, що знищує статевозрілу вощу та гниди. Це можуть бути 0,5 % розчин метилацетофосу, узятий порівну з 10 % спиртовим розчином оцтової кислоти, або 0,25 % водно-емульсійний розчин дикрезили. Один із згаданих вище розчинів накладають на волосся, зверху — восковий папір або шматок поліетилену і зав’язують косинку. Витримують протягом 20 хв. Волосся миють теплою водою з милом, споліскують 6 % розчином оцту. Після закінчення процедури волосся розчісують густим гребінцем, щоб видалити воші, які загинули.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Підготуватися до проведення санітарно-гігієнічної обробки: розкласти потрібне оснащення й надягти захисний одяг.
2. Застелити табуретку (кушетку) клейонкою, посадити на неї хворого, його плечі вкрити поліетиленовою пелюшкою.
3. За потреби обстригти волосся над підготовленим тазом.
4. Обробити волосся дезінсектицидним розчином, укутати голову поліетиленовою косинкою, зверху рушником, залишивши на певний час (час змочування волосся залежить від виду застосовуваного розчину — див. конкретну інструкцію).
5. Після цього вимити голову теплою проточною водою, потім шампунем.

6. Висушити волосся рушником і обробити підігрітим 6 % розчином оцтової кислоти.

7. Зав'язати голову поліетиленою косинкою, зверху рушником і залишити на 20 хв.

8. Розв'язати косинку і голову вимити теплою проточною водою, висушити рушником.

9. Нахилити голову пацієнта над білим папером і ретельно вичесати по пасмах волосся густим гребінцем, повторно оглянути волосся.

10. Спалити обстрижене волосся і папір у тазу.

11. Скласти одяг хворого і захисний одяг медичної сестри в клейончастий мішок та відправити в дезінфекційну камеру. Гребінець і ножиці обробити 70 % спиртом, приміщення — дезінсектицидним розчином.

Запам'ятайте! Вагітним, дітям віком до 5 років та особам з uszkodженням шкіри голови використовувати суміш із 5 % борної мазі, 0,25 % емульсії дикрезилу, 0,5 % розчину метилацетифосу в однакових кількостях із 10 % розчином оцтової кислоти. Для знищення гнид окрім дезінфекційних розчинів додатково змочують волосся 10 % підігрітим оцтовим розчином, голову зав'язують косинкою на 20 хв, після цього волосся вимивають теплою водою і вичісують густим гребінцем.

Етапи виконання дезінсекції за наявності протипоказань до використання дезінфекційних розчинів

1. Підготуватися до проведення санітарно-гігієнічної обробки: розкласти потрібне оснащення й надягти захисний одяг.

2. Застелити табуретку (кушетку) клейонкою, посадовити на неї хворого, вкрити йому плечі поліетиленою пелюшкою, за необхідності обстригти волосся над підготовленим тазом.

3. Обробити волосся (не шкіру голови) підігрітим 6 % розчином оцту, механічним способом вибираючи й знищуючи воші.

4. Зав'язати голову поліетиленою косинкою, зверху рушником, залишити на 20 хв.

5. Розв'язати косинку, голову вимити теплою проточною водою, потім шампунем, висушити рушником.

6. Нахилити голову пацієнта над білим папером і ретельно вичесати по пасмах волосся густим гребінцем, повторно оглянути волосся.

7. Спалити обстрижене волосся і папір у тазу.

8. Скласти одяг хворого і захисний одяг медичної сестри в клейончастий мішок та відправити в дезінфекційну камеру. Гребінець і ножиці обробити етиловим спиртом (70 %), приміщення — дезінсектицидним розчином.

Санітарно-гігієнічна обробка хворих у разі виявлення лобкових вошей

- Обмити тіло гарячою водою з милом.
- Збрити уражене волосся.
- Повторно обмити тіло гарячою водою з милом.
- Спалити обстрижене волосся в тазу.
- Скласти одяг хворого і захисний одяг медичної сестри в клейончастий мішок та відправити в дезінфекційну камеру. Бритву й ножиці обробити спиртом (70 %).

У разі виявлення хворого із педикульозом виконують такі заходи:

1. Кожен випадок педикульозу реєструють у журналі обліку інфекційних та паразитарних захворювань (форма 060/о).

2. Не пізніше ніж через 12 год від моменту виявлення педикульозу заповнюють та направляють до районної СЕС та ДЕЗстанції телефонограми й екстрене повідомлення про випадок педикульозу (форма 058/о).

3. На титульній сторінці медичної карти роблять позначку про захворювання на педикульоз — “Р”.

4. Хворого роздягають, складають одяг у клейончастий мішок і відправляють до дезінфекційної камери. На мішку із таким одягом має бути відповідний напис — “Педикульоз”.

5. Проводять боротьбу з вошивістю (див. вище заходи боротьби з педикульозом).

6. На титульній сторінці медичної карти зробити відповідний запис “Педикульоз головний, платтяний, лобковий), санітарна обробка (дата, підпис медичної сестри)”.

Через 10 днів хворого додатково оглядають у лікувальному відділенні.

Дезінсекційні методи боротьби з педикульозом

Механічний метод — вичісування вошей та гнид густим гребінцем із попереднім обробленням волосся розчином ошту (промивають теплим 5–10 % розчином, а потім на 30–60 хв укутують голову хусткою чи рушником), обстригання або гоління волосся з подальшим його спалюванням.

Фізичний метод — застосовують для обробки речей (натільної та постільної білизни, одягу тощо). Речі обробляють прасуванням, кип'ятінням або у спеціальних дезінфекційних камерах.

Хімічний метод — застосування засобів із педикулоцидними властивостями. У кожного засобу має бути інструкція до застосування (табл. 2).

Таблиця 2. Засоби із педикулоцидними властивостями

Назва засобу	Застосування
А-Пар	Аерозоль для дезінфекції приміщень, м'яких меблів, білизни, одягу
Брек	Знищення головних вошей
Бензилбензоат 20 % та 25 %	Знищення головних вошей
Локодин, лонцид	Знищення головних та лобкових вошей
Неоцид	Знищення головних та лобкових вошей
Ніттіфор	Знищення головних вошей
Ортосан	Знищення головних вошей
Пара-Плюс	Знищення головних вошей та гнид
Перметринова мазь 4 %	Знищення головних вошей
Розчин карбофосу 0,15 %	Знищення головних вошей та гнид. Готують із концентратів 30 % та 50 %. Препарат досить токсичний
Борна мазь 5 %	Можна застосувати у вагітних та дітей віком до 5 років. Для зняття гнид волосся додатково обробляють 30 % теплим (27 °С) розчином оцтової кислоти протягом 20 хв
Емульсія дикрезилу 0,25 %	Можна застосувати у вагітних та дітей віком до 5 років. Для зняття гнид волосся додатково обробляють 30 % теплим (27 °С) розчином оцтової кислоти протягом 20 хв
Розчин метилацетофосу 0,5 %	Можна застосувати у вагітних та дітей віком до 5 років. Для зняття гнид волосся додатково обробляють 30 % теплим (27 °С) розчином оцтової кислоти протягом 20 хв

У виняткових випадках замість педикулоцидів можна застосувати препарат бутадіон за схемами відповідно до віку пацієнта (дорослі — по 0,15 г 4 рази на добу після їди протягом 2 діб; дітям віком до 4 років препарат протипоказаний). У разі вживання цього препарату кров людини стає токсичною для воші, і зберігається такою протягом 14 діб.

Перша допомога у разі отруєння педицидами. Отруєння може виникнути у разі порушення техніки безпеки або під час нещасних випадків. *Перші ознаки:* неприємний присмак у роті, подразнення горла, запаморочення, біль голови, слабкість, нудота, блювання. Під час роботи з фосфорорганічними засобами (ФОЗ) — біль у животі, пронос, слиновиділення, слюзотеча, звуження зіниць, уповільнення пульсу, м'язові спаня.

ЗАХОДИ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ

- Потерпілого вивести з робочого приміщення, зняти спецодяг, дати прополоскати рот перевареною водою або 2 % розчином натрію гідрокарбонату (питної соди).
- У разі потрапляння препарату в шлунок викликати блювання, промити шлунок 1—2 % розчином натрію гідрокарбонату, дати всередину 1—2 столові ложки паленої магнезії або активованого вугілля на склянку води, після цього — сольове проносне.
- У разі потрапляння препарату на шкіру зняти його, не втираючи, тампоном, промити шкіру водою з милом. У разі потрапляння ФОЗ цю ділянку обробити нашатирним спиртом або 2—5 % розчином хлораміну, змити водою.
- У разі потрапляння в очі промити струменем води або 2 % розчином натрію гідрокарбонату. Закапати очі 30 % розчином альбуциду (сульфацилу натрію), а для знеболювання — 1—2 % розчин новокаїну.
- У разі потрапляння ФОЗ всередину організму прийняти 2—3 таблетки препаратів, що містять беладону (бесалол, белалгін тошо).
- Проводити спостереження за потерпілим, у разі погіршення стану викликати лікаря та госпіталізувати у відділення.

Виявлення скабіозу (корости) та боротьба з ним.

У приймальному відділенні оглянути хворого зі скабіозом, а саме:

- з'ясувати, чи він скаржиться на свербіж, його характер та тривалість;
- оглянути місця свербіж;
- визначити парність висипів та наявність кліщових ходів;
- зробити діагностичні зскрібки з неушкоджених елементів висипу.

Остаточний діагноз ставлять після отримання позитивних результатів лабораторного дослідження. Після цього проводять протискабіозну обробку (табл. 3).

Таблиця 3. Основні протискабіозні засоби

Протискабіозний засіб	Методика обробки
20 % бензилбензоат (педилін, педицид)	Розпарити шкіру (прийняти гарячу ванну або душ), нанести засіб, дати шкірі обсохнути, наступні два дні процедуру повторити, але без прийняття водних процедур. Очікують 3 дні, приймають гарячий душ з милом. Роблять повторні зскрібки
Рідина Флемінгса (до її складу входить сірка, хлорне вапно та дистильована вода)	Розпарити шкіру (прийняти гарячу ванну або душ), нанести засіб, дати шкірі обсохнути, 3 дні не митися, після цього прийняти душ без мила, а наступного дня — душ з милом. Повторити зскрібки
33 % сірчана мазь	Унаслідок токсичності, через неприємний запах та значне забруднення білизни тепер застосовують дуже рідко

У медичній карті позначають літеру “S” (scabies), ставлять помітку “Обробку проведено”, дату, підпис.

Санітарно-епідеміологічний режим приймального відділення

Дотримання санітарно-епідеміологічного режиму в приймальному відділенні є складовою санітарно-епідеміологічного режиму лікарні і передбачає такі заходи:

- обов'язкова санітарно-гігієнічна обробка хворих, яких щойно доставлено;
- надіслати екстрене повідомлення у санітарно-епідеміологічну службу (за телефоном із заповненням спеціальної форми) і забезпечення всіх необхідних заходів у разі виявлення у хворого інфекційного захворювання, харчового отруєння, педикульозу;
- регулярне ретельне вологе прибирання приміщень і протирання поверхонь предметів. Застосування різних способів дезінфекції (кип'ятіння, використання дезінфекційних розчинів та ультрафіолетового опромінювання) (Додаток 3, наказ № 720).

Санітарно-гігієнічний режим приймального відділення

Не рідше двох разів на день проводять вологе прибирання приміщення приймального відділення із застосуванням дезінфекційних засобів (1 % розчин хлораміну). Спеціально виділений і промаркирований інвентар для прибирання (відро, швабра, щітка, ганчірка) після використання кип'ятять протягом 15 хв або замочують в 1 % розчині хлораміну на 1 год. Швабру двічі протирають дезінфекційним розчином (Додаток 3, наказ № 720).

Транспортування хворих

Транспортування хворих — це перенесення або переведення їх із приймального до лікувального відділення, з одного лікувального відділення в інше або з однієї лікарні в іншу, а також перекладання хворого в ліжко.

Спосіб транспортування визначає лікар залежно від тяжкості стану хворого. Залежно від загального стану хворих поділяють на транспортабельних і нетранспортабельних.

Транспортабельні — це хворі, які без шкоди для свого здоров'я спроможні самостійно пересуватися (хворі у задовільному стані), яких можна перевезти на каталці, кріслі-каталці, перенести на ношах (хворі у стані середньої тяжкості або тяжкохворі).

Нетранспортабельні — це хворі, у яких тяжкий стан, тому перевезення або перенесення може загрожувати їхньому життю. Цим хворим потрібно надати невідкладну або реанімаційну допомогу, а потім транспортувати до відділення (реанімаційного, кардіореанімаційного, хірургічного тощо).

Схему транспортування хворих до лікарні наведено нижче (схема 1).

Транспортування хворих із приймального відділення до лікувального

- Хворі, у яких задовільний стан, ідуть до відділення самостійно, але в супроводі медичної сестри або молодшої медичної сестри.
- Хворих у стані середньої тяжкості перевозять до відділення на кріслі-каталці або переносять на руках.

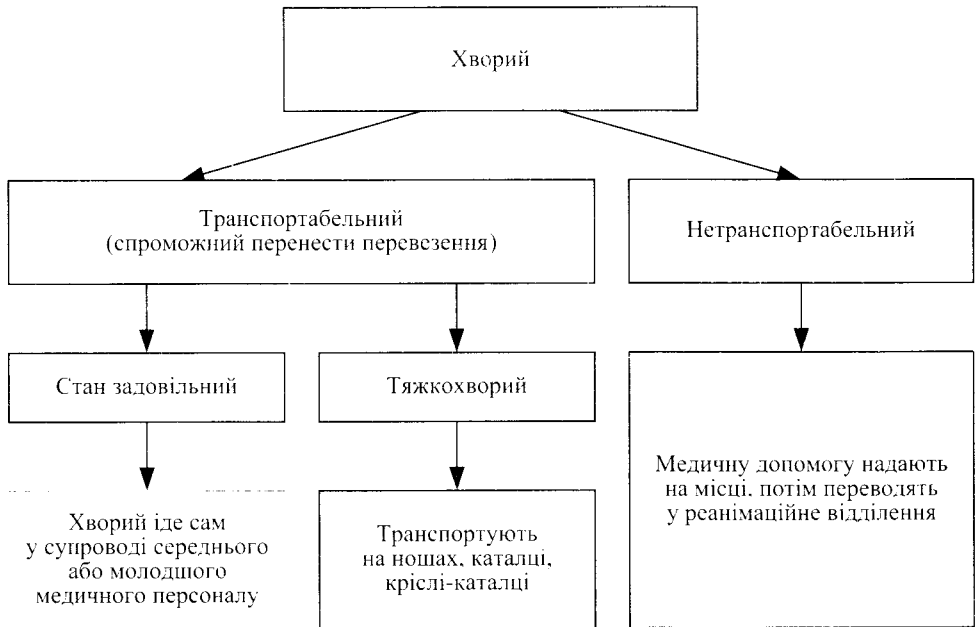
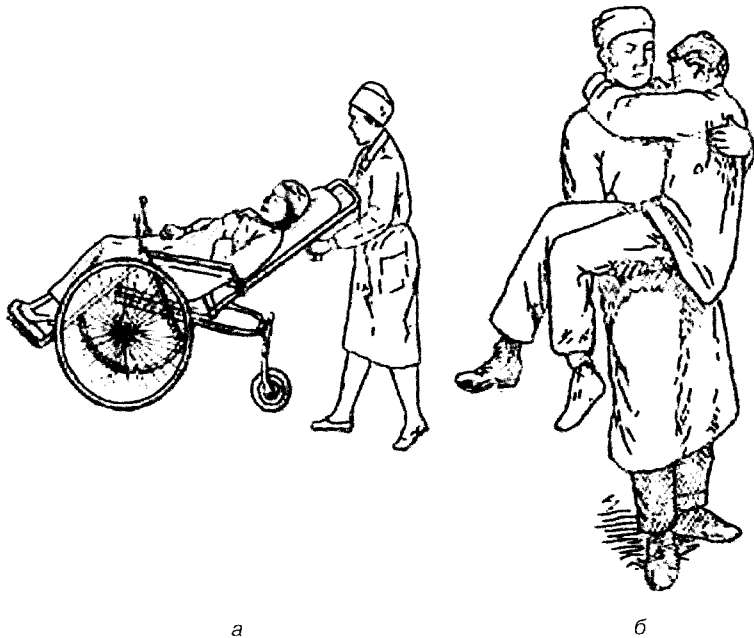


Схема 1. Транспортування хворих до лікарні



Мал. 6. Транспортування хворого на кріслі-каталці (а); перенесення хворого однією особою (б)

- Тяжкохворих транспортують на спеціальній каталці (мал. 6), укритій ковдрою та чистим простиралом (індивідуальним для кожного хворого).
- За відсутності каталки хворого переносять на ношах.

Правила перекладання хворого з кушетки на ноші або каталку

• У разі перпендикулярного положення нош або каталки перекладання хворого *трьома особами*: одна підводить руки під голову та лопатки хворого, друга — бере хворого під таз та верхню частину стегон, третя — посередині стегон та гомілок. Узгодженими рухами вони одночасно піднімають хворого і кладуть його на ноші або каталку (мал. 7).

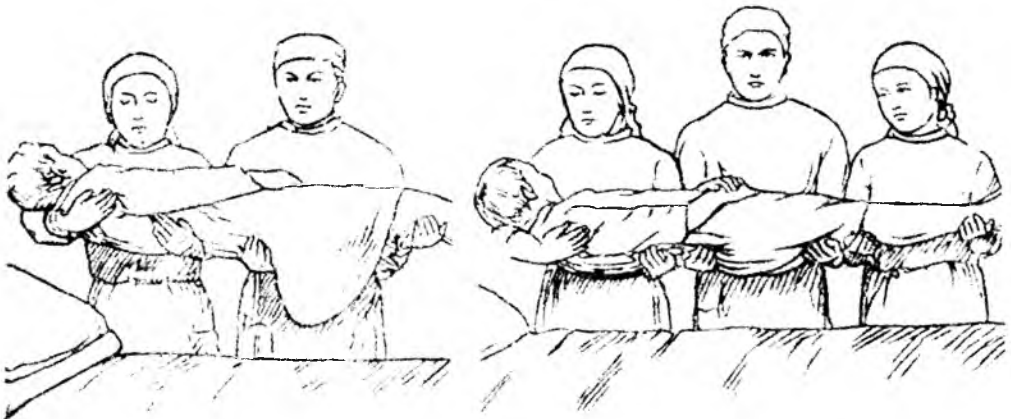
• У разі перпендикулярного положення нош або каталки перекладання *двома особами*: одна підводить руки під шию та лопатки хворого, друга — під попереk та коліна хворого. Узгодженими рухами вони одночасно піднімають хворого і кладуть його на ноші або каталку (див. мал. 7).

• Якщо площа приміщення достатня, ножний кінець нош ставлять перпендикулярно до головного кінця кушетки; якщо площа недостатня — ноші ставлять паралельно до ліжка (мал. 8).

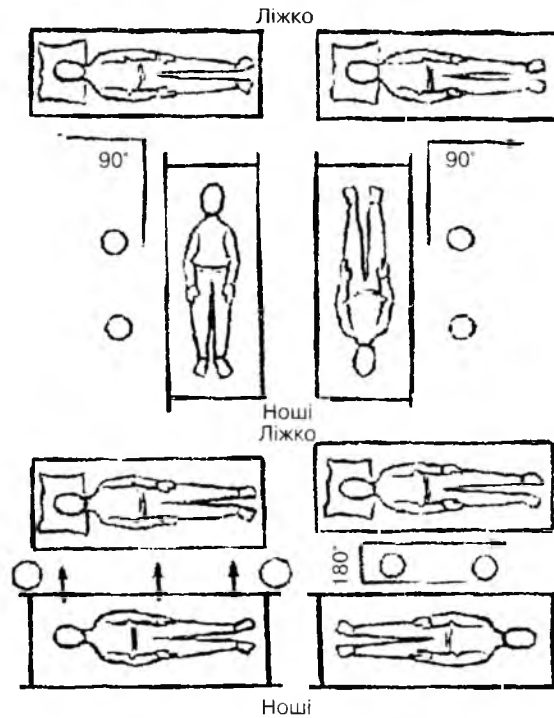
• У разі перпендикулярного положення нош або каталки перекладання *однією особою* (доцільно стосовно дітей або дорослих із невеликою масою тіла): із положення хворого сидячи беруть хворого на руки, однією рукою тримаючи його під лопатки, а другою під стегна. При цьому хворий має охопити шию того, хто його перекладає, руками.

Правила транспортування хворого на ношах

- Переносять хворого 2 або 4 санітари.
- Під час перенесення хворого потрібно йти не в ногу, короткими кроками.
- У разі перенесення сходами вгору хворого несуть головою вперед; особа, яка йде попереду, тримає ноші на опущених руках, а та, що йде позаду, має підняти ноші або тримати їх у себе на плечах (мал. 9, а).



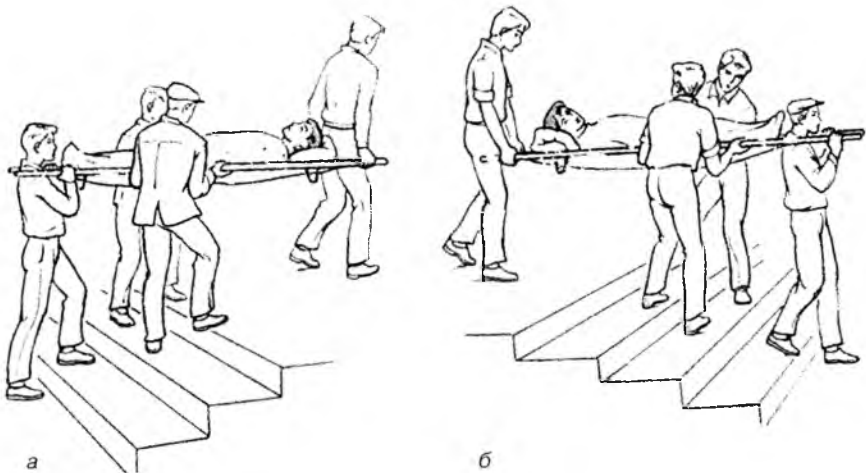
Мал. 7. Перекладання хворого двома або трьома особами



Мал. 8. Схема перекладання хворого з кушетки на ноші або каталку

• У разі транспортування сходами вниз хворого несуть ногами вперед; особа, що йде позаду, тримає ноші на витягнених руках, а та, що йде попереду, — на своїх плечах. Так досягається горизонтальне положення хворого (див. мал. 9, б).

• Ноші застеляють простирадлом, а хворого вкривають ковдрою. Після кожного хворого білизну переминюють, ковдри провітрюють, а після хворих з інфекційними захворюваннями — дезінфікують.



Мал. 9. Транспортування хворого по сходах:
а — угору; б — униз

- Зручним є транспортування хворого, поклавши ноші на каталку.

Правила перекладання хворого з нош у ліжко

- Перекладати тяжкохворих із нош у ліжко зручніше двома або трьома особами. Якщо маса тіла хворого невелика, це може зробити й одна людина.
- Якщо площа палати достатня, ножний кінець нош ставлять перпендикулярно до головного кінця кушетки; дві або три особи узгодженими рухами одночасно піднімають хворого і, повернувшись на 90° , кладуть його в ліжко.
- Якщо площа палати недостатня, ноші ставлять паралельно до ліжка так, щоб лійний головний кінець був біля головного кінця ліжка; дві або три особи узгодженими рухами одночасно піднімають хворого, медсестра прибирає каталку або ноші і хворого кладуть у ліжко.
- У разі недостатньої площі палати ноші ставлять паралельно до ліжка так, щоб лійний головний кінець був на рівні ножного кінця ліжка; дві або три особи узгодженими рухами одночасно піднімають хворого і, повернувшись на 180° , кладуть його в ліжко.
- Хворого також можна перекласти на ліжко за допомогою простирадла, що ним накривають ноші чи каталку.

Правила транспортування хворого на кріслі-каталці

Під час транспортування хворого на кріслі-каталці медична сестра нахилиє крісло-каталку вперед, наступивши при цьому на підставку для ніг, що прилаштована до крісла, допомагає хворому сісти в крісло і опускає крісло-каталку у вихідне положення.



Мал. 10. Транспортування хворого однією особою



Мал. 11. Транспортування хворого двома особами

Правила транспортування хворого однією-двома особами

Є й інші варіанти перенесення хворих двома особами з використанням “замка” із двох, трьох і чотирьох рук або однією особою (мал. 10, 11).

**Особливості транспортування хворих
із різними захворюваннями внутрішніх органів**

При гострому інфаркті міокарда хворих обережно транспортують виключно на каталці або ношах.

Хворих із серцевою недостатністю (задишка, набряки, анасарка) переносять на ношах або на каталці у положенні напівсидячи, для чого під голову та спину хворого підкладають 2—3 подушки; якщо стан таких хворих задовільний, їх можна транспортувати на крислі-каталці.

При гострій судинній недостатності (колапс) хворих транспортують на ношах або каталці так, щоб голова хворого була нижче від його ніг; цього досягають підклавши під ноги хворого 1—2 подушки, а також теплу грілку.

Хворих у неспритомному стані, аби уникнути блювання, транспортують на ношах та каталці у положенні лежачи на спині з поверненою вбік головою.

Хворих із шлунково-кишковою кровотечею транспортують лежачи на спині; на живіт кладуть міхур із льодом.

Контрольні питання

1. Які заходи передбачає загальний догляд за хворими?
2. Основні професійні обов'язки медичного персоналу (лікаря, медичної сестри, молодшої медичної сестри) щодо догляду за хворими?
3. Які ви знаєте типи лікувально-профілактичних закладів?
4. Призначення та основні функціональні структури терапевтичного стаціонару (лікувальні та допоміжні).
5. Основні завдання лікувально-охоронного режиму.
6. Основні заходи санітарно-протиепідемічного режиму.
7. Приймальне відділення лікарні: призначення, типи, основні функції.
8. Основні структурні підрозділи приймального відділення та їх призначення.
9. Основна медична документація приймального відділення.
10. Організація прийняття хворих до стаціонару: шляхи прийняття, прийом та реєстрація.
11. Обов'язки медичного персоналу приймального відділення: лікаря, медичної сестри, молодшої медичної сестри.
12. Санітарна обробка хворих: види, призначення, основні заходи.
13. Порядок проведення санітарної обробки хворого.
14. Виявлення педикульозу, нормативні документи щодо організації профілактики та ліквідації педикульозу; санітарна обробка пацієнтів із педикульозом.
15. Основні заходи у разі виявлення хворого із педикульозом.
16. Перша допомога при отруєнні педицидами.
17. Дії медичного персоналу в разі виявлення у хворого скабіозу.
18. Способи транспортування хворих.
19. Способи перекладання хворого із нош у ліжко.
20. Відстань між ліжками у палаті становить 1,5 м. Як перекласти хворого із нош у ліжко двома особами?
21. У приймальне відділення доставлено хворого з гострим інфарктом міокарда. Метод транспортування хворого у профільне відділення.
22. Методи транспортування хворого із серцевою недостатністю.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ

Структурно-функціональні підрозділи терапевтичного відділення

Терапевтичне відділення стаціонару призначене для надання медичної допомоги хворим із внутрішніми хворобами, які потребують тривалого лікування, догляду, проведення складних діагностичних процедур.

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

Палати терапевтичного відділення поділяють на загальні та палати для тяжкохворих. **Загальні палати** зазвичай розраховані на двоє місць (20 %) і четверо місць (60 %); тут лікують хворих, які можуть самі себе обслуговувати, та хворих, від яких немає неприємного запаху. **Палати для тяжкохворих** зазвичай розраховані на одне—двоє місць (20 %), у них є окремий санвузол.

Є два різновиди палат для тяжкохворих:

— **палати інтенсивної терапії**, у яких лежать хворі з важкими, гострими порушеннями органів дихання та кровообігу, але які не потребують суто реанімаційних засобів лікування (напад серцевої або бронхіальної астми, напад стенокардії, аритмії, гіпертонічний криз); ці палати оснащені сучасною лікувальною та діагностичною апаратурою, що забезпечує постійний контроль за життєвими функціями організму;

— **палати для тяжкохворих** із хронічними і дуже важкими захворюваннями, які потребують не стільки інтенсивного лікування, скільки постійного догляду (онкологічні тяжкохворі, хворі старечого віку, хворі з паралічом тощо).

Загальна характеристика палат терапевтичного відділення згідно із сучасними гігієнічними нормами: кількість ліжок — від 60 до 120, із них 60 % палат на 4 ліжок, 20 % — на 2 ліжок, 20 % — на 1 ліжку. На одного хворого має бути не менше ніж 7 м², відстань між ліжками має бути не меншою ніж 1 м, висота палат — 3—3,5 м, тобто на одного хворого має припадати 22—25 м³ повітря; співвідношення площі вікон до підлоги має становити 1:6, температура повітря — 18—22 °С. Стіни та радіатори слід фарбувати світлою олійною фарбою, а підлога має бути вкрита лінолеумом, щоб їх добре можна було помити.

Вентиляція палат здійснюється за рахунок провітрювання, але ліпшим засобом вентиляції є кондиціонування повітря. Освітлення палат у вечірні години здійс-

нюється за допомогою матових освітлювачів, бажано, щоб біля кожного ліжка на тумбочці був індивідуальний світильник.

Обладнання палат:

— металеві або дерев'яні ліжка з пружинною сіткою. на кожному ліжку має бути матрац, подушка, простирадло, ковдра з підковдрою, рушник; ніжки ліжка мають бути оснащені колішатами з гумовими шинами. На спинці ліжка прикріплюють спеціальну дощечку, в яку вставляють аркуш, де вказано прізвище, ім'я та по батькові хворого, № дієтичного стола, дати переміни білизни, особливі помітки; у хворих, прикутих до ліжка, під ліжко ставлять індивідуальне судно та сечоприймач;

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

— загальний стіл, на який ставлять графин із перевареною водою;

— біля кожного ліжка має бути вмонтована кнопка сигналізації, підведений кисень;

— кімнатний термометр.

Пост медичної сестри — робоче місце палатної медичної сестри, розрахований на обслуговування 25—30 хворих, розташований поблизу палат, щоб усі хворі перебували під постійним контролем медичної сестри.

ОБЛАДНАННЯ ТА ОБЛАШТУВАННЯ ПОСТА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

• Стіл із висувними шухлядами, що обов'язково замикаються, для збереження медичних карт, листків лікарських призначень, різних бланків.

• Спеціальні медичні шафи з пластикового матеріалу для зберігання:

а) медикаментів; окремо зберігаються препарати списку "А" (отруйні) та списку "Б" (сильнодіючі), препарати для внутрішнього вживання та для ін'єкцій;

б) медичного інструментарію (пінцетів, корнцантів, ножиць, скальпелів);

в) медичних термометрів;

г) предметів догляду за хворими;

г) дезінфекційних розчинів;

д) перев'язного матеріалу.

• Столик, де стоять бікс зі стерильним матеріалом (ватаю, бинтами), банка з дезінфекційним розчином (фурациліном) з опущеним у нього корнцангом.

• Столик для роздавання ліків з відділеннями для кожного хворого.

• Холодильник для зберігання різних настоянок, відварів, сироваток, вакцин.

• Пульт світлової сигналізації.

• Телефон.

• Засоби аварійного освітлення.

• Раковина для миття рук, мило, чистий рушник.

Процедурні кабінети для:

• підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій;

• внутрішньовенних ін'єкцій, переливань крові, взяття крові з вени для досліджень (маніпуляційний кабінет);

• проведення спеціальних лікувальних та діагностичних процедур, плевральної пункції, парацентезу;

• промивання шлунка, постановки клізм.

ОБЛАДНАННЯ ПРОЦЕДУРНОГО КАБІНЕТУ

- шафа для зберігання інструментарію та медикаментів;
- бікси зі стерильними шприцями, голками, системами для переливання крові та рідин;
- набори стерильного інструментарію для проведення парацентезу, плевральної пункції;
- штативи для крапельних уведень лікарських препаратів;
- штативи для чистих пробірок, що їх використовують для взяття крові;
- набори для визначення групи крові;
- холодильники для зберігання крові, стерильних розчинів для внутрішньовенних ін'єкцій, сироваток, вакцин;
- бактерицидна лампа;
- кілька кушеток;
- електровідсмоктувач.

Стіни процедурних кабінетів мають бути обкладені кахлем, підлога — кахлем або вкрита лінолеумом. Площа процедурного кабінету має становити не менше ніж 15 м².

Штат терапевтичного відділення, його обов'язки

Завідувач відділення — досвідчений лікар, який керує всім лікувальним процесом у відділенні, консультує палатних лікарів, проводить обходи, контролює роботу середнього та молодшого медичного персоналу.

Палатні лікарі (ординатори) — лікарі, які безпосередньо лікують хворих у закріплених за ними палатах (на одного ординатора 25 хворих).

Старша медична сестра — найдосвідченіша медична сестра, якій підпорядковується увесь середній та молодший медичний персонал відділення. Виконує важливі функції, а саме:

- раціональну організацію праці середнього та молодшого медичного персоналу;
- складає графіки чергувань, заміни старших та молодших медичних сестер, які не вийшли на роботу;
- систематично поповнює відділення медикаментами, інструментарієм, засобами догляду за хворими;
- забезпечує санітарно-епідемічний режим у відділенні;
- забезпечує правильність зберігання та обліку сильнодіючих медикаментів;
- організовує раціональне харчування хворих;
- веде облік хворих, яких приймають у відділення та які виписуються;
- здійснює контроль за виконанням медичними сестрами призначень лікаря тощо.

Палатна медична сестра — медична сестра, яка виконує всі призначення лікаря, готує хворих до діагностичних досліджень, стежить за транспортуванням хворих у різні діагностичні кабінети; контролює виконання заходів санітарно-гігієнічного режиму і забезпечує особисту гігієну тяжкохворих та харчування хворих (контроль за дотриманням дієти хворими, годування тяжкохворих, перевіряє продукти, що їх передають хворим родичі); проводить термометрію; бере участь в обходах палатного лікаря, доглядає за хворими; надає невідкладну допомогу; веде медичну документацію (листки призначень, температурний листок, журнал приймання і здавання чергувань, журнал медикаментозних і порційних вимог); здійснює контроль за роботою молодшого медичного персоналу (інші обов'язки зазначені вище).

Процедурна медична сестра — досвідчена та кваліфікована медична сестра, яка виконує спеціальні медичні маніпуляції (внутрішньовенні струминні та краплинні ін'єкції, взяття крові з вени для аналізів), допомагає лікареві під час проведення спеціальних процедур (переливання крові, плевральна пункція, парацентез).

Молодший медичний персонал забезпечує: щоденне прибирання палат, санвузлів, коридорів та інших приміщень відділення; заходи особистої гігієни тяжкохворих (умивання, обтирання, підмивання, купання, обрізання нігтів, волосся; подавання і приймання судна, сечоприймача, спорожнення їх); переміну натільної і постільної білизни; транспортування тяжкохворих; доставку біологічного матеріалу в лабораторію.

Роздавальниці (буфетниці) — забезпечують харчування хворих.

Обов'язки молодшої медичної сестри. До підйому хворих, тобто до 7-ї години ранку, молодша медична сестра має бути готовою до проведення ранкового туалету хворих і прибирання приміщень. Вона вмикає світло в палаті й доки палатна медична сестра вимірює температуру тіла хворим, молодша медична сестра провітрює приміщення — відкриває фрамуги або вікна залежно від сезону. Ослабленим хворим подає таз і воду для вмивання, а тяжкохворих умиває сама, виносить плювальниці й судна, перестеляє постелі. Хворим, яким прописано суворий постільний режим, подає підкладні судна і сечоприймачі до сніданку. Збирати сечу або кал для лабораторного дослідження потрібно також до сніданку. Молодша медична сестра підмиває хворих, у котрих нетримання сечі або калу, а також жінок із виділенням із піхви й лежачих хворих.

Після сніданку, з 8-ї до 9-ї години ранку, молодша медична сестра прибирає палати, щоб до 9-ї години, тобто до лікарського обходу, у палаті було чисто.

Вологе прибирання проводять 3 рази на день, використовуючи дезінфекційний розчин.

Після вечері молодша медична сестра протирає підлогу вологою ганчіркою, провітрює палату, допомагає медичній сестрі виконувати вечірні призначення (ставити клізми, підмивати хворих та ін.), укриває тяжкохворих ковдрою й гасить світло в палатах. Під час сну медичний персонал повинен стежити за тяжкохворими і неспокійними хворими. Молодша медична сестра має стежити, щоб у відділенні завжди було чисто, не було неприємних запахів. Персонал має розмовляти тихо, телефонні розмови допускаються лише у разі необхідності, звукову сигналізацію замінюють на світлову.

Санітарно-протиепідемічний режим терапевтичного відділення

Санітарний стан терапевтичного відділення передбачає таке: кожному хворому окреме ліжко, застелене чистою білизною; чиста натільна білизна; приліжкова тумбочка; за необхідності — окремо поїльник, підкладне судно або сечоприймач; певне обладнання палати; освітлення палати (удень — сонячне, увечері — люмінесцентні лампи або електричні лампи з матовим плафоном); вентиляція приміщення (не менше 3—4 разів на добу провітрювання або застосування кондиціонера); опалення (оптимальна температура влітку — 22—24 °С, узимку — 20—21 °С, застосування центрального опалення).

Санітарно-гігієнічний режим палати. Забезпечення нормальних умов перебування хворих у палатах. Палати мають бути просторими, світлими. Для тяжкохворих виділяють окремі палати. Стіни фарбують олійною фарбою світлих тонів, підлогу вкривають лінолеумом. На одне ліжко має припадати 6,5—7,5 м² площі палати, висота палати має бути не меншою ніж 3,5 м. Вікна мають бути великих розмірів, виходити на південь або південний схід, щоб якомога більше світла проникало в палату. Окрім загального освітлення мають бути індивідуальні світильники і чергове нічне освітлення. Вентиляція має бути припливно-витяжною, ліпше за допомогою кондиціонерів. Доповнюють вентиляцію шляхом провітрювання через фрамуги і квартирки. Ліжка хворих мають бути металеві або дерев'яні з гладенькою поверхнею, для тяжкохворих — функціональні ліжка. У палаті окрім ліжок має бути один загальний стіл, шафа для лікарняного одягу, холодильник для зберігання продуктів, умивальник, тумбочки, табуретки.

Послідовність дій під час виконання санітарно-гігієнічного режиму

1. Постільну і натільну білизну перемінює сестра-господарка в денний час, у вечірній — молодша або пататна медична сестра.
2. Перемінювати білизну 1 раз на 7—10 днів, тяжкохворим — за необхідності, після миття під душем або після часткової обробки шкіри.
3. Брудну білизну складають у клейончастий мішок, зберігають її до відправлення у пральню в спеціально відведеному приміщенні в баках із кришками.
4. Сестра-господарка надягає фартух, гумові рукавички, маску, після цього проводить сортування брудної білизни, складає її в клейончастий мішок і відправляє у пральню, що на території лікарні, на каталці.
5. У пральні білизну дезінфікують шляхом замочування в 1 % розчині хлораміну протягом 30 хв. Після цього перуть і кип'ятять.
6. Фартух, каталку дезінфікують 1 % розчином хлораміну — двічі протирають, а гумові рукавички, клейончастий мішок занурюють на 30 хв в 1 % розчин хлораміну.
7. Після виписування хворого постільні речі (матрац, подушку, ковдру) здають у дезінфекційну камеру, там їх знезаражують парою температури 80 °С протягом 30 хв, а ліжко двічі протирають дезінфекційним розчином, після цього — зволоженою у воді ганчіркою.

Дезінфекційний режим у відділенні передбачає систему заходів, спрямованих на знищення збудників хвороб та створення умов, що перешкоджають їх поширенню в навколишньому середовищі. **Дезінфекція** — це знищення у навколишньому середовищі патогенних мікроорганізмів, а також гризунів та комах, що є їх переносниками.

Види дезінфекції

Осередкова — проводиться в осередку інфекційного захворювання за наявності відомого джерела інфекції (хворого, мікробоносія або реконвалесцента). Може бути:

- **поточною**, що її проводять постійно, доки в осередку залишається джерело інфекції. Її мета — запобігти поширенню збудника у довіклі та по можливості знищити його відразу після виділення від джерела інфекції. Проводиться силами населення (вдома) або медперсоналу (в лікувально-профілактичному закладі);

• *остаточною*, що її проводять в осередку після того, як із нього вибуває джерело інфекції. Її мета — остаточно знищити збудника в осередку інфекції та якомога ретельніше знезаразити об'єкти, які могли бути інфіковані мікроорганізмами. Остаточна дезінфекція відповідно до заходів є більш поширеною. Проводиться силами медперсоналу, у тому числі й санітарної служби, або силами населення.

Профілактичну дезінфекцію проводять майже постійно, коли джерело інфекції невідоме, але є реальні умови для його появи у будь-який час. Її мета — запобігти виникненню та поширенню інфекційних захворювань і накопиченню збудників у навколишньому середовищі. Може бути:

- *плановою*, що її проводять постійно незалежно від епідемічної ситуації;
- *за епідемічними показаннями*, що її проводять за наявності загрози виникнення та поширення інфекційного захворювання.

Види дезінфекції: дезінфекція; дезінсекція; дератизація.

Дезінфекція — це знищення безпосередньо збудників на об'єктах довкілля. Методи (засоби) дезінфекції: фізичні, хімічні, комбіновані, змішані (застосування заходів фізичного та хімічного методів).

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

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

Фізичні методи дезінфекції:

• *термічні:* кип'ятіння, спалювання, обпалювання, прожарювання, висушування, пастеризація, прасування тощо — використовують для знезараження предметів догляду за хворими, посуду, натільної та постільної білизни;

• *механічні:* миття, застосування пилососа, вологе прибирання, прання, фільтрація, протирання, провітрювання, вентиляція та кондиціювання — використовують у приміщеннях відділення;

• *променеві та хвильові:* ультрафіолетове опромінювання, ультразвук — використовують для знезараження повітря у палатах, процедурних кабінетах.

Хімічні методи дезінфекції

Хімічні методи дезінфекції передбачають застосування різноманітних хімічних речовин (дезінфекційних речовин), найчастіше у вигляді розчинів (дезінфекційних розчинів) — використовують для знезараження приміщень, посуду, предметів догляду за хворими.

Основні групи хімічних дезінфекційних речовин: *галогени хлорумісні* (хлорамін Б, сульфохлорантин, хлорантоїн, хлоргексидин та ін.); *йодумісні препарати*; *спирти* (етанол, пропанол, метанол та ін.); *ароматичні вуглеводні* (фенол, лізол, крезол); *окисники* (калію перманганат, водню пероксид); *кислоти* (оцтова, цитринова, хлоридна та ін.); *луги* (натрію гідрокарбонат, їдке калі, їдкий натр); *альдегіди* (формальдегід, формалін); *барвники* (брильянтовий зелений, метиленовий синій та ін.); *солі важких металів* (сулема, коларгол, колоїдне срібло тощо); *детергенти та четвертинні амонієві сполуки* (ЧАС).

Вимоги до дезінфекційних засобів:

- висока активність відносно різних груп збудників, мікробостатична та мікроцидна дія;
- відсутність токсичного впливу на людину, не спричинювати подразнень та алергійних реакцій;
- не псувати поверхні та об'єкти, які знезаражуються;
- не забарвлювати предмети, що обробляються;
- бути економічно вигідними та доступними;
- не мати вогнебезпечних властивостей;
- бути зручними у транспортуванні, зберіганні, приготуванні та застосуванні.

Методи контролю за якістю дезінфекції:

- візуальний (наявність бруду);
- хімічний (аналіз активності дезінфекційних розчинів та дезінфекційних засобів: проба Вільсона, йодно-крохмальна тощо);
- мікробіологічний (бактеріологічний) — посів матеріалу на виявлення мікроорганізмів.

У проведенні профілактичної дезінфекції значна роль належить вологому прибиранню приміщень із застосуванням різних дезінфекційних речовин. Найпоширеніші дезінфекційні речовини та способи їх приготування наведено у табл. 4.

Таблиця 4. Найпоширеніші дезінфекційні розчини

Назва розчину	Концентрація, %	Кількість дезінфекційної речовини	Об'єм води
Хлорамін Б	0,5	5 г	До 1000 мл
	1	10 г	990 мл
	3	30 г	970 мл
	5	50 г	950 мл
Дезетол	4	40 мл	960 мл
	5	50 мл	950 мл
Дезоформін-3000	1,5	15 мл	985 мл
	2	20 мл	980 мл
Дезоформ	1	10 мл	990 мл
	3	30 мл	970 мл
	5	50 мл	950 мл
Тресепт	0,056	10 таблеток по 0,5 г	До 1000 мл
Баланізол	0,25	2,5 мл	997,5 мл
	0,5	5 мл	995 мл
	1	10 мл	990 мл

Найбільше значення мають хлорумісні сполуки (хлорамін). Їхні антимікробні властивості зумовлені діяльністю хлорноватистої кислоти, що виділяється під час розчинення хлору або його сполук у воді.

ПРИГОТУВАННЯ РОБОЧИХ РОЗЧИНІВ ХЛОРАМІНУ

1. Безпосередньо перед застосуванням налити в посудину відповідну кількість води кімнатної температури, висипати потрібну кількість хлораміну, розмішати дерев'яною лопаточкою до повного розведення.

2. Залежно від характеру дезінфекції об'єктів і ступеня забруднення використовувати водні розчини хлораміну різної концентрації — від 0,5 до 5 %.

Запам'ятайте! *Теплі розчини хлораміну (40—50 °С) активніші, активний хлор у них не втрачається. Робочі дезінфекційні розчини використати протягом доби. Ємкість із робочим розчином промаркувати із зазначенням концентрації та назви дезінфекційної речовини, дати і підпису.*

Залежно від кількості палат і обсягу роботи, щоб щодня не готувати розчин, у відділенні має бути більша ємкість, приміром на 16—20 л. Цей розчин має відстоятися протягом 12 год, після цього його зливають і зберігають у туалетах або в спеціально відведених приміщеннях у темному місці, тому що на світлі хлорне вапно розкладається і втрачає свої дезінфекційні властивості. На одне відро води слід брати 200 г відстояного розчину.

Хлорамін (N-хлорбензолсульфонід натрію) — білий кристалічний порошок, що містить 25—29 % активного хлору. Для знезаражування застосовують 0,2—5 % розчин хлораміну. Приготування розчинів: 0,2 % (2 г хлораміну на 1 л води); 1 % (10 г хлораміну на 990 мл води); 2 % (20 г хлораміну на 980 мл води); 5 % (50 г хлораміну на 950 мл води). Вода має бути температури 50—50 °С. Готовий розчин зберігають не довше ніж 5 діб.

Приготування розчинів хлораміну Б див. табл. 4.

Вологе прибирання приміщень

Приміщення відділень прибирають двічі або тричі на день, переважно вранці, удень і ввечері — залежно від забруднення палат і відділення в цілому. Вологе прибирання приміщень здійснюють молодші медичні сестри.

Для санітарної обробки і прибирання приміщень у відділенні має бути відповідний інвентар: мило, посуд для окремого зберігання чистих і використаних ганчірок з маркуванням “для чистого” і “для використаного”, відра, швабри, ганчірки, шітки; різні розчини. Інвентар для проведення дезінфекційних заходів має зберігатися у спеціальному приміщенні, також бути промаркованим окремо для кожного приміщення (для палат, маніпуляційної, коридорів, санвузлів, їдальні та ін.). Перед вологим прибиранням молодша медична сестра надягає гумові рукавички.

Для проведення вологого прибирання та дезінфекції предметів медичного призначення, приміщень у лікувально-профілактичних закладах використовують дезінфекційні засоби (див. табл. 4).

ПРИБИРАННЯ ПАЛАТ

- Палати прибирають не менше двох разів на день — уранці та ввечері із застосуванням мильно-содового розчину, так званого миловару, або 1 % розчину хлораміну. На 10 л води беруть 1 брусок господарського мила, 200 г кальцинованої соди. На 10 л води беруть 500 мл мильно-содового розчину.

- Виділяють і маркують інвентар — відро, швабру, ганчірку для миття підлоги.

- Прибирання палат починають із протирання підвіконня, батарей, панелей, меблів, дверей. Спеціальним засобом для чищення чистять умивальники. Після цього миють підлогу.

- Після вологого прибирання палати протягом 30 хв кварцують, при цьому хворі, якщо можуть, виходять із палати в коридор або в кімнату для відпочинку, а тяжкохворим закривають обличчя серветкою чи рушником, щоб вони не отримали опіків рогівки.

- Один раз на 10 днів здійснюють генеральне прибирання палат. По можливості хворих переводять в інші палати або на декілька годин у коридор. При цьому ретельно протирають стелю, плафони, стіни, вікна, двері від пилу. Тумбочки і холодильники звільняють від продуктів і старанно миють. Після прибирання палату провітрюють і кварцують.

- Після прибирання використаний інвентар дезінфікують 1 % розчином хлораміну або 0,25 % розчином лізоформіну протягом 60 хв. Ганчірку прополіскують водою і висушують. Швабру двічі протирають дезінфекційним розчином.

- У палаті, де лежать хворі з гнійними інфекціями, прибирають, використовуючи 1 % розчин хлораміну або 0,25 % розчин лізоформіну.

Вологе прибирання *коридорів, холів* проводять двічі на день — після нічного відпочинку та перед сном. Під час вологого прибирання хворі виходять із палати окрім тяжкохворих, приміщення добре провітрюють. Перед вологим прибиранням приміщення підмітають; меблі, підвіконня, радіатори опалення протирають вологою ганчіркою; звертають увагу на санітарний стан приліжкових тумбочок. Для прибирання застосовують 0,25 % розчин лізоформіну або 0,5 % розчин хлораміну.

Ідально і буфетну прибирають після кожного споживання їжі. Залишки харчових продуктів збирають у бачки з кришками і вчасно виносять. Посуд миють із застосуванням натрію гідрокарбонату (для знежирення), двічі міняючи воду; потім дезінфікують у 0,5 % розчині хлораміну або 0,05 % розчині дезоксону і споліскують чистою гарячою водою.

Ванни, раковини, унітази, підлогу в цих місцях обов'язково миють кілька разів на день у міру їх забруднення. Ванни миють після кожного хворого спочатку теплим розчином мила, а потім із застосуванням дезінфекційного розчину (табл. 5).

Генеральне прибирання проводять не рідше одного разу на тиждень.

Таблиця 5. Дезінфекція предметів медичного призначення, приміщень у лікувально-профілактичних закладах

Назва предмету	Дія (спосіб обробки)	Метод дезінфекції (назва розчину)	Концентрація, %	Експозиція, хв
Тумові рукавички	Занурення	Хлорамін	3	60
Використані ватні кульки	Занурення	Хлорамін	3	60

Змістовий модуль 1. Структура та основні завдання догляду... терапевтичного профілю

Назва предмету	Дія (спосіб обробки)	Метод дезінфекції (назва розчину)	Концентрація, %	Експозиція, хв
Шприци, голки, пінцети, затискачі, зонди, катетери, системи для інфузійної терапії	Занурення в один із розчинів, потім кип'ятіння	Хлорамін	3, 5	60
		При туберкульозі — водню пероксид	6	60
		Пресепт	0,056	90
		Лізоформін 3000	5	5
			1,5	30
			2	15
		Дезодорм	1	60
			3	30
			5	10
			Спиртовий розчин хлоргексидину	0,5
	Водний розчин хлоргексидину	0,5	30	
	Етиловий спирт	70	30	
	Натрію гідрокарбонат	2	15	
Поточна дезінфекція	Вологе прибирання, дворазове протирання	Хлорамін	1	60
		Водню пероксид	3 % + 0,5 %	60
		Лізоформін 3000	1,5	60
Ганчір'я	Занурення в розчин	Хлорамін	1	60
	Кип'ятіння	Лізоформін-спеціаль. Натрію гідрокарбонат Дистильована вода	2	240 15 30
Повітря в приміщеннях	Кварцування, провітрювання		4 рази на день	15—20
Генеральне прибирання процедурного кабінету — стіни, підлога, обладнання	1 раз на тиждень	Хлорамін Водню пероксид	5 6 % + 0,5 % Синтетичні мийні засоби	
Інвентар для прибирання	Занурення	Хлорамін	1	60
		Лізоформін	0,25	60
Приміщення, санвузли (інфекції вірусної етіології, у тому числі гепатит В, ВІЛ, кандидози); бактеріальної етіології (окрім туберкульозу)	Протирання одноразове	Лізоформін 3000	1,5	
Приміщення (підлога, стіни)	Протирання	Лізоформін 3000	1,5	
Сантехніка	Протирання	Лізоформін 3000	1,5	
Шпателі (пластикові, металеві)	Занурення Кип'ятіння	Водню пероксид	3	80
		Натрію гідрокарбонат	2	15
Термометри медичні	Занурення	Хлорамін	0,5	30
		Водню пероксид	3	80

Тема 2. Організація роботи терапевтичного відділення стаціонару

Назва предмету	Дія (спосіб обробки)	Метод дезінфекції (назва розчину)	Концентрація, %	Експозиція, хв
Законечники для взуття	Занурення	Хлорамін Водню пероксид	1 3	30 45
Машинки для стрижки волосся	Занурення	Етиловий спирт Водню пероксид	70 3	15 30
Піжолі для обрізання нігтів	Занурення	Квікдес	Протерти	.
Робочі рукавички, кушеточні фартухи	Дворазове протирання з інтервалом 15 хв	Хлорамін Водню пероксид	1 3	
Термометри, грелки, мішурки для льоду	Дворазове протирання з інтервалом 15 хв	Хлорамін Неохлор Дезефект	1	
Термометри, судна, речовинні приймачі	Занурення	Хлорамін Дезефект Лізоформін	1	60
Текстильні речі (матрац, подушки, ковдра)	Знезараження в пароформалінових камерах			
Термометри осіб з підозрою на СНІД	Занурення	Хлорамін Дезоксон Водню пероксид Хлорамін Лізоформін-спеціаль Макси сон Неохлор	0,5 0,05 3 2	30 30 120 120
Термометри: скляні, піпетки, флакони, забруднені кров'ю	Занурення	Максисан Неохлор Лізоформін Водню пероксид	3	120
Близня пацієнтів, у яких підозрюють СНІД	Занурення	Хлорамін	3	120

Контрольні питання

1. Структура терапевтичного відділення, штат відділення; основні санітарно-гігієнічні нормативи.
2. Обов'язки молодшого медичного персоналу терапевтичного відділення.
3. Санітарно-протиепідемічний режим терапевтичного відділення.
4. Що таке дезінфекція? Її мета, види.
5. Методи дезінфекції, характеристика їх.
6. Особливості проведення поточної дезінфекції.
7. Для чого і як саме проводять профілактичну дезінфекцію?
8. Які дезінфекційні розчини застосовують для вологого прибирання приміщень відділення?

РОЗПИТУВАННЯ ХВОРОГО ТА ЙОГО РОЛЬ В ОЦІНЮВАННІ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА

Значення розпитування хворого в діагностичному процесі

Розпитування є найважливішим суб'єктивним методом обстеження хворого, що ґрунтується на збиранні його спогадів. Сукупність даних, одержаних шляхом розпитування хворого, називається *анамнезом* (від грец. *anamnesis* — *спогад*). Розпитування хворого як метод дослідження має величезне діагностичне значення:

- на його частку доводиться понад 50 % одержуваної інформації про захворювання, тоді як решту 50 % інформації лікар одержує шляхом фізикальних (25 %), інструментальних і лабораторних (25 %) методів дослідження;
- розпитування дає змогу виявити функціональні розлади й оцінити нервово-психічний стан хворого;
- має значення для ранньої діагностики початкових стадій захворювання (виявлення початкових, ще не виражених, симптомів захворювання);
- деякі патологічні стани, зокрема такі, як стенокардія, можуть бути діагностовані насамперед шляхом розпитування;
- дає змогу виявити зв'язок цього захворювання із перенесеними раніше захворюваннями, умовами праці й побуту хворого;
- є незамінним методом вивчення хворого як особистості та найпростішим способом установлення необхідного контакту між хворим і лікарем;
- відомості, отримані під час розпитування хворого, є відправним моментом для проведення обстеження й діагностики захворювань надалі.

Правила розпитування хворого

1. Розпитування варто проводити самому, не покладаючись на записи в медичній карті хворого, щоб не втратити власних вражень, що їх одержано під час розпитування (наприклад, нездужання для хворого може бути або малозначущим, або перебільшеним).

2. Мета розпитування — установити відчуття хворого, а саме те, що він думає про свою хворобу.

3. Під час розпитування дати хворому можливість невимушено розповісти про своє самопочуття, тактовно керуючи викладом скарг у хронологічному порядку, особливо звернувши увагу на початок, розвиток і тривалість кожного симптому.

4. Увага і терпіння з боку лікаря — незамінна умова створення атмосфери довіри й співпраці між хворим та лікарем.

5. Після розповіді хворого лікар виділяє головні та другорядні скарги, уточнює їхні деталі й подробиці (деталізація скарг), а потім проводить розпитування щодо загального самопочуття і стосовно органів та систем. Саме розпитування щодо систем дає змогу виявити зміни з боку інших органів і систем, які можуть бути, з одно-

боку, як причиною, так і наслідком основного захворювання, а з іншого — бути складенням або супутнім захворюванням. У кожному разі всебічне розпитування хворого дає змогу лікареві правильно оцінити його стан у цілому й, за словами М.Я. Мудрова, “лікувати не хворобу, а хворого”.

6. Під час розпитування варто записувати лише вузлові моменти, фіксувати найхарактерніші слова й вирази хворого.

Розпитування містить у собі такі етапи: паспортна частина; скарги хворого; розпитування щодо загального самопочуття; розпитування щодо стану інших органів і систем; розпитування щодо наявного захворювання (анамнез захворювання); розпитування про життя до цього захворювання (анамнез життя).

Кожний етап розпитування проводять у певній послідовності за схемою історії хвороби.

СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

Паспортна частина. Прізвище, ім'я, по батькові. Вік. Місце проживання. Місце роботи (назва підприємства або установи). Посада. Дата прибуття в лікарню. Спосіб прибуття в лікарню.

Скарги хворого. Головні й другорядні скарги (перелічити і кожен деталізувати).

Розпитування щодо загального самопочуття. Загальна слабкість. Стомлюваність. Підвищення температури тіла. Свербіж шкіри. Висипання на шкірі. Пітливість. Зміна маси тіла.

Розпитування щодо інших органів і систем. *Центральна нервова система.* Загальна працездатність, настрої, пам'ять, увага. Сон (глибина, тривалість, безсоння). Біль у голові (характер, локалізація, періодичність, які явища супроводжують). Запаморочення (умови появи, періодичність, які симптоми супроводжують). Чутливість шкіри, відчуття оніміння, “повзання мурашок”. Координація рухів, судоми, парези. Зір, слух, відчуття запаху.

Дихальна система. Нежить, зміна голосу (причини). Біль у грудній клітці (локалізація, характер, іррадіація, зв'язок із фазами дихання, чим купірується або після якого його вираженість зменшується). Напади ядухи (час і обставини появи, поведінка хворого при цьому). Кашель (сухий, з мокротинням; постійний, періодичний; час появи — уранці, увечері, уночі). Мокротиння (кількість за добу, характер, колір, запах, домішка крові, в яку пору доби виділяється більша кількість мокротиння, в якому положенні хворого посилюється виділення мокротиння). Кровохаркання.

Серцево-судинна система. Відчуття болю в ділянці серця або за грудниною (характер, інтенсивність, іррадіація, періодичність, причина виникнення, тривалість, частота, чим припиняється і чим супроводжується). Задихка (під час фізичного навантаження, у стані спокою). Напади ядухи (час появи, чим припиняються, поведінка хворого при цьому). Серцебиття (постійне або нападopodobне, інтенсивність, тривалість, причини появи). Перебої у роботі серця (постійні чи періодичні, причини появи). Набряки (локалізація, у яку пору доби з'являються, як довго тривають, після чого зменшуються чи зникають).

Травна система. Стан апетиту. Спрага. Слиноотеча, присмак у роті. Смакові відчуття, запах із рота. Кровоточивість ясен. Болючі відчуття в язичі (періодичність, причини). Дисфагічні явища (порушення ковтання й проходження їжі по стравоходу). Диспептичні явища (печія, відрижка, нудота, блювання, причини). Біль у животі (локалізація, характер, іррадіація, зв'язок з уживанням їжі), постійний, періодичний або нападopodobний, чим припиняється. Дефекація (частота, консистенція випорожнень, колір, з домішкою крові, слизу). Відходження члеників гельмінтів.

Сечова система. Біль: локалізація, періодичність, інтенсивність, характер, іррадіація, причини, чим супроводжується. Сечовипускання: частота, характер, відчуття болю, добовий діурез, співвідношення нічного й денного діурезу. Сеча: кількість, колір, прозорість, запах, домішка.

Опорно-руховий апарат. Біль у суглобах, кістках, м'язах. Порушення рухів у суглобах.

Анамнез захворювання. Під час збирання анамнезу насамперед з'ясовують, коли з'явилися перші симптоми захворювання й що стало його причиною. Чи займався самолікуванням (що саме вживав і яка ефективність). Коли вперше звернувся до лікаря (дата); обстеження (амбулаторно або в стаціонарі), результати (коротко), уперше встановлений діагноз (який), проведене лікування (чим, його ефективність). Далі поетапно описати лікування і його ефективність, включаючи дотримання дієти й санаторно-курортне лікування. Поява нових симптомів і зміна або доповнення діагнозу. Для хворих на артеріальну гіпертензію вказати показники артеріального тиску; для хворих із ураженням травного тракту — дотримання дієти, санаторно-курортне лікування, періодичність загострень. І, нарешті, для обґрунтування госпіталізації хворого з'ясовують, коли настало останнє погіршення (дата), його причина, у чому воно проявилось (симптоми). Чи звертався хворий до лікаря? Вказати мету госпіталізації (обстеження, лікування, уточнення діагнозу, профілактичне лікування, установлення або зміна групи інвалідності).

Анамнез життя. *Біографічні дані:* місце народження, умови життя в дитинстві, освіта, початок трудової діяльності, професія, час і місце проходження військової служби, зміна місця проживання. *Перенесені захворювання:* у дитинстві; дорослим; у воєнний час; венеричні; гінекологічні; операції, травми. *Хронічні інтоксикації* (паління, алкоголь, наркоманія). *Сімейний анамнез.* Родинний стан. Склад родини. *Акушерський анамнез:* початок менструацій, їх регулярність, правильність, тривалість, крововтрати, припинення менструацій. Кількість вагітностей, пологів, абортів, викиднів. *Генеалогічний анамнез:* збирання анамнестичних даних родоводу проводять за схемою: а) дослідження пробанда — особи, через яку реєструється вся родина, найчастіше — це хворий або носій захворювання, що аналізується; б) дослідження родичів (I, II, III ступеня споріднення). *Страховий анамнез:* а) частота користування листком непрацездатності; б) чи має групу інвалідності (з якого захворювання); в) з якого часу має листок непрацездатності на цей час. *Соціально-побутовий анамнез:* а) умови праці на цей час; б) чи регулярно використовує відпустку; в) житлові умови (кількість кімнат, поверх, опалення); г) характеристика харчування (регулярність, якість їжі). *Алергологічний анамнез:* а) алергійні захворювання в минулому; б) реакція на переливання крові, введення сироваток, вакцин, медикаментів; в) вплив на перебіг захворювання різних харчових речовин, косметичних засобів, запахів.

Контрольні питання

1. Розпитування хворого та його діагностичне значення.
2. Послідовність розпитування хворого.
3. Паспортна частина, діагностичне значення.
4. Скарги хворого: головні й другорядні.
5. Розпитування щодо загального самопочуття, діагностичне значення.
6. Розпитування щодо органів і систем, діагностичне значення.
7. Анамнез захворювання, діагностичне значення.
8. Анамнез захворювання та життя, діагностичне значення.

РОЛЬ ОГЛЯДУ ХВОРОГО В ОЦІНЮВАННІ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА

Діагностичне значення огляду хворого

Зовнішній огляд є першим і одним з основних методів об'єктивного обстеження хворого. Огляд хворого є найпростішим і найбільш природним методом дослідження. З його допомогою можна об'єктивно оцінити дійсний стан хворого. Патологічні зміни, виявлені під час першого огляду, коли хворий тільки входить до кабінету, дають істотну допомогу під час розпитування й іноді дають змогу “з першого погляду” поставити правильний діагноз (наприклад, зміни рис обличчя при акромегалиї, гіпертирозі, “судинні зірочки” при цирозі печінки). Окрім цього, під час огляду лікарем і хворим формуються взаєморозуміння й довіра завдяки взаємному вивченню один одного. Аби повністю використати всі можливості огляду, лікар має не лише дивитися, а й уміти бачити, а цьому треба постійно навчатися.

Умови та правила проведення огляду хворого

Незважаючи на простоту цього методу для одержання важливих і достовірних результатів огляд потребує дотримання певних правил: освітлення, техніки й плану огляду. **Освітлення.** Огляд найліпше проводити при розсіяному денному світлі, яке має бути прямим або бічним. За допомогою бічного освітлення виявляють рельєф, контури різних частин тіла і видиму пульсацію на його поверхні. Штучне освітлення, що дає багато жовтих променів, утруднює оцінювання справжнього забарвлення шкірних покривів і склер. **Техніка огляду.** Хворий, повністю або частково оголений, має бути на відстані 2—3 кроків від лікаря; поступово повертаючи перед собою хворого, лікар послідовно оглядає його в прямому й бічному освітленні. Огляд грудної клітки краще проводити у вертикальному положенні, а огляд живота — у вертикальному й горизонтальному положеннях. **План огляду** забезпечує отримання, по можливості, найбільш повних відомостей про пацієнта. На початку дослідження проводять загальний огляд, тобто хворого в цілому, потім спеціальний огляд, тобто огляд окремих частин тіла (голови, обличчя, шиї, грудної клітки, живота, кінцівок) і систем.

Під час догляду за хворим найбільше значення мають показники, що характеризують основні параметри його життєдіяльності: загальний стан, положення в ліжку, температура тіла, антропометричні дані, а також деякі показники спеціального дослідження дихальної та кровоносно-судинної систем (частота дихання, пульсу, артеріальний тиск).

Загальний стан хворого

Підійшовши до ліжка хворого, лікар насамперед визначає його загальний стан: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий, край тяжкий. *Критеріями оцінювання стану хворого слугують такі показники: свідомість, положення, постава, хода, вираз обличчя, стан харчування, психічний статус.*

Задовільний стан характеризується чіткою свідомістю, активним або активним з обмеженим положенням, прямою поставою, упевненою або частково порушеною (специфічною) ходою, осмисленим виразом обличчя, задовільною або надмірною масою тіла, адекватною психічною реакцією на навколишній світ і свій стан. Спостерігають у разі одужання, у період ремісії при тривалих хронічних захворюваннях. *Стан середньої тяжкості* характеризується зміною виразу обличчя й положення тіла (часто вимушене), частковим порушенням психіки, особливо щодо свого стану (перебільшення або недооцінювання скарг, симптомів, яким хворий не надає значення, сумніви й невпевненість у лікуванні). Спостерігається в період загострення хронічних або гострих захворювань, при травмах, отруєнні й ін. *Тяжкий стан* характеризується розладом усіх зазначених вище показників: порушується свідомість (потьмарена, ступор, сонор), змінюється вираз обличчя (страждання, страх, байдужість), положення хворого (пасивне або вимушене), схуднення або ожиріння, змінюється психіка (неадекватні реакції на медичний персонал, родичів). Цей стан характерний для декомпенсованих хворих із захворюваннями серця, нирок, ендокринних залоз і нервової системи, онкологічних і інфекційних хворих, а також після операцій, травм, поранень. *Край тяжкий стан* характеризується різким порушенням свідомості (сонор, кома), пасивним положенням, байдужим або страдницьким виразом обличчя ("обличчя Гіппократа"), утрудненням або відсутністю контакту з тими, хто оточує хворого. Спостерігають при коматозних станах різної етіології, шоківих станах, агонії.

Свідомість

Свідомість — вища, властива тільки людині, форма відбиття дійсності, що являє собою сукупність психологічних процесів, які дають змогу орієнтуватися в навколишньому світі, часі, оцінити власну персону та забезпечити послідовність, єдність і розмаїття поведіння. Розрізняють чітку і порушену свідомість.

Критеріями стану свідомості хворого є:

1. Орієнтація в навколишньому світі й адекватність поведіння.
2. Сприйняття світу (характер відповідей на запитання, адекватність відповідей, своєчасність відповідей).
3. Стан рефлексів (чутливих, сухожилкових, болючих) і реакція зіниць на світло.

Чітка свідомість характеризується правильною орієнтацією в просторі й адекватним поведінням, своєчасними та коректними відповідями на запитання, збереженням усіх рефлексів.

Причини порушення свідомості або патологічні стани, що спричинюють зміни (пригнічення або порушення) у центральній нервовій системі:

1. Розлад кровообігу, зумовлений: неокрів'ям у вигляді непритомних станів, крововиливом у мозок у вигляді тривалого коматозного стану (апоплексична кома), здавлюванням мозку внаслідок набряку, підвищенням внутрішньочерепним тиском у вигляді прекоматозних станів.
2. Інтоксикація екзо- і ендogenous походження (аміак, морфій, азотисті шлаки).

3. Інфекційні хвороби (ботулізм, менінгіт, правець).
4. Порушення обмінних процесів (гормональні, мінеральні, кислотно-основно-стану).

5. Механічні ушкодження (черепно-мозкова травма, переломи кісток черепа).

Розрізняють 4 ступені пригнічення свідомості:

1. *Потьмарена свідомість* — стан оглушення, при якому хворий недосить добре орієнтується в просторі, байдужий до свого стану, на запитання відповідає адекватно, але із запізненням (інфекційні захворювання, ендо- і екзоінтоксикація).

2. *Ступор* — стан нерухомості, остовпіння, порушення орієнтування в просторі, коли хворий на питання відповідає неадекватно, із запізненням, рефлекси збережені, але трохи уповільнені (контузії, інтоксикації, психічні захворювання).

3. *Сопор* — стан глибокого сну, з якого хворого можна вивести тільки сильним подразником (окриком, уколом), одержавши у відповідь однозначний звук, хворийнову “засинає”, рефлекси збережені, але мляві (тяжкий гарячковий стан, отруєння, дремія).

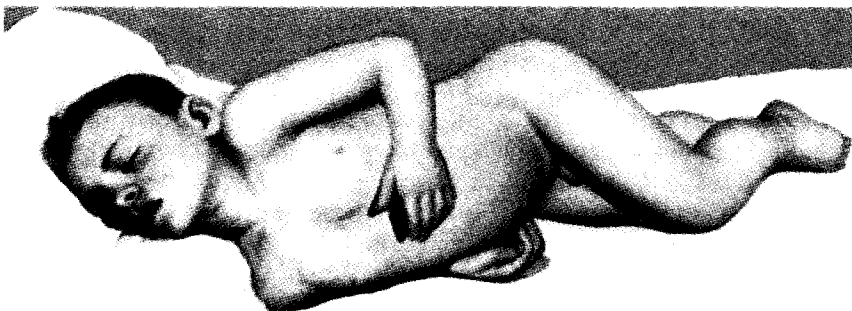
4. *Кома* — стан непритомності, що характеризується повною втратою реакцій на зовнішні подразники: рефлекси відсутні, усі м'язи розслаблені, на мінімальному рівні збережені функції дихання і кровообігу.

Положення хворого

Положення хворого зазвичай свідчить про тяжкість захворювання, інколи може бути зумовлене специфікою патологічного процесу (менінгіт тощо). Розрізняють активне, пасивне й вимушене положення хворого.

Активне положення — це положення, яке хворий довільно може змінити (хочить, сидить, лежить, стоїть), але при цьому можуть з'являтися неприємні відчуття, біль. Особливо важливо виявити здатність активно рухатися в лежачого хворого, що свідчить про збереження його свідомості. Однак треба пам'ятати, що активне положення не завжди може бути критерієм тяжкості захворювання (наприклад, початок тяжких і невиліковних захворювань).

Пасивне положення — це положення, коли хворий через різку слабкість, раптову достру анемізацію або непритомність зберігає надане йому горизонтальне (лежаче) положення, нерідко вкрай незручне. У більшості випадків пасивне положення свідчить про тяжкий, часто непритомний стан хворого, хоча можуть бути винятки (непритомні стани — короткочасна непритомність). Пасивне положення можуть набувати хворі з тяжкими інфекціями, інтоксикаціями, з ураженням ЦНС (висипний,



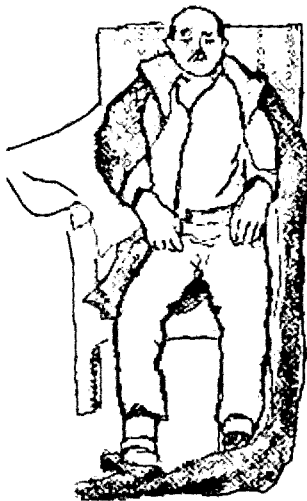
Мал. 12. Поза хворого з правцем (опістотонус)



Мал. 13. Положення сидячи під час нападу бронхіальної астми

дин нижніх кінцівок під час ходьби раптово зупиняються і зберігають нерухомість, очікуючи припинення спазму; такі зупинки можуть повторюватися спочатку кожні 100—200 м, а з прогресуванням процесу цей інтервал скорочується, звідси й назва “переміжна кульгавість”. Рідше положення стоячи набувають хворі з ураженням сечового міхура, передміхурової залози.

Вимушене положення сидячи (ортонное) зумовлене вираженою задишкою або ядухою. Таке положення набувають хворі з декомпенсованою серцевою недостатністю або різким обмеженням дихальних поверхні легенів, під час нападу бронхіальної та серцевої астми. *Ортонное зі спиранням на руки* є характерним вимушеним положенням хворого під час нападу бронхіальної астми, спричинене бронхоспазмом (мал. 13).



Мал. 14. Положення сидячи при тяжкій серцевій недостатності

черевний і поворотний тиф, міліарний туберкульоз, коматозні стани, хворі в стані агонії).

Вимушене положення — певне положення, що його набуває хворий для зменшення або припинення неприємних відчуттів (болю, кашлю, задишки), тим самим полегшуючи свій стан.

Часом ці положення настільки специфічні й характерні, що на перший погляд можна визначити захворювання (менінгіт, правець, напад бронхіальної астми) (мал. 12).

Розрізняють такі *види вимушеного положення*: 1) стоячи; 2) сидячи: зі спиранням на руки; без спирання на руки; з нахилом тулуба вперед; навпочіпки; 3) лежачи: на спині; на животі; на боку (здоровому, хворому); 4) колінно-лікткове; 5) збуджене.

Вимушене положення стоячи набувають хворі під час нападу стенокардії, що виник у процесі ходьби (раптовий і сильний біль у ділянці серця, відчуття нестачі повітря, страху змушують хворого зупинитися й “перечекати” напад, який у спокої може зменшитися або припинитися); хворі з облітеруючим атеросклерозом або ангіоспазмом су-

Це положення допомагає полегшити перебіг задишки завдяки нерізким рухам діафрагми в положенні сидячи, за рахунок рівномірного розширення грудної клітки під час впливу у всіх напрямках; фіксації плечового пояса (при спиранні на руки) і додатковою участю допоміжних дихальних м’язів. *Положення ортонное без спирання на руки* набувають хворі із серцевою декомпенсацією, у тому числі під час нападу серцевої астми (мал. 14).

Зменшення задишки й полегшення стану хворого досягають унаслідок: а) перерозподілу крові з малого кола кровообігу у великий за рахунок відносного депонування її в судинах нижніх кінцівок і зменшення венозного повернення крові до серця, що полегшує його роботу; б) опущення діафрагми й збільшення обсягу грудної клітки полегшує роботу серця і знижує тиск у малому колі кровообігу; в) одночасного поліпшення кровообігу в су-

тинах головного мозку, що знижує збудливість дихального центра й зменшує задишку.

Окрім перерахованих вище станів вимушене положення сидячи можуть набувати хворі у разі звуження дихальних шляхів, різкого зменшення дихальної поверхні легенів, високого стояння діафрагми при підвищенні внутрішньочеревного тиску; у разі вираженої серцевої декомпенсації, часткового паралічу дихальних м'язів.

Положення сидячи з нахиленим уперед тулубом набувають хворі на ексудативний перикардит, з аневризмою аорти, при раку підшлункової залози, а також при вираженому черевному болю; у цьому положенні поліпшується робота серця й легенів, знижується навантаження на сонячне сплетення (мал. 15).

Положення навпочіпки часто набувають хворі під час загострення виразкової хвороби.

Вимушене положення лежачи на спині частіше набувають хворі при гострому животі (перитоніт, перфорація виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, шлунково-кишкова кровотеча, гострий апендицит, гострий холецистит). При цьому хворі нерідко згинають нижні кінцівки в колінних суглобах, так досягаючи зменшення напруження м'язів черевної стінки. Вимушене положення хворого лежачи на спині (майже повною нерухомістю) спостерігають при суглобовій формі гострого ревматизму, а також у ослаблених хворих у стані непритомності. *Вимушене положення хворого лежачи з високим узголів'ям* характерне для хворих із декомпенсованими вадами серця (центральний стеноз) і серцевою недостатністю (гострою і хронічною II—III стадії).

Вимушене положення хворого лежачи на животі можуть набувати хворі з пухлиною головки підшлункової залози, гострим тромбозом селезінкової вени, виразковою хворобою шлунка з локалізацією виразкового дефекту на задній стінці, а також з травмою або туберкульозом хребта, пролежнями на спині й сідницях.

Вимушене положення хворого на здоровому боці при ураженнях органів дихання: крупозна пневмонія, масивна пухлина легенів, ексудативний плеврит — для зменшення задишки за рахунок зниження тиснення і забезпечення гіпервентиляції здорової легені; абсцес легенів, туберкульозна каверна, бронхоектази — окрім перерахованих вище причин зменшує кашель унаслідок затримки виділення мокротиння і вмісту порожнин: сухий плеврит — для зменшення болю за рахунок обмеження тертя листків плеври. Також на здоровому боці можуть лежати хворі з гострим апендицитом, при цьому самим зменшуючи натяг брижів збудженого апендикса і, як наслідок, зменшення болю. Вимушене положення *на здоровому боці* набувають хворі з переломом ребер, міжреберною невралгією, а також хворі із серцево-судинними захворюваннями.

Вимушене положення хворого в позі "лягавого собаки", "положення курка", "положення знаку запитання" (лежачи на боці із закинутою назад головою і приведені до живота зігнутими в колінних суглобах ногами) характерне для хворих із черепноспінальним менінгітом (мал. 16). Це положення зумовлене ригідністю потиличних м'язів і по можливості забезпечує зменшення натягу мозкових і спінальних оболонок для полегшення болю.



Мал. 15. Положення хворого з нахиленим уперед тулубом при сильному болю в сонячному сплетенні



Мал. 16. Поза “лягавого собаки” хворого на менингіт



Мал. 17. Колінно-ліктьове положення хворого (“поза магометанина під час молитви”)

Вимушене колінно-ліктьове положення хворого (“поза магометанина під час молитви”) властиве хворим з ексудативним перикардитом (для зменшення задишки й болю, за рахунок зменшення тиснення на нижню порожнисту вену й полегшення діастолічного кровонаповнення серця), пухлиною підшлункової залози, виразковою хворобою шлунка з локалізацією виразки на задній стінці (для зменшення болювого синдрому за рахунок зниження тиснення й подразнення сонячного сплетення) (мал. 17).

Вимушене збуджене (неспокійне) положення хворого (хворий перебуває в безперервному русі: постійно перевертається в ліжку: то сідає, то знову лягає, качається по підлозі, бігає) спостерігають при сильному болю, особливо при ниркових, печінкових, кишкових кольках.

Постава

Постава — звичне положення тіла під час стояння, ходьби, сидіння. Постава визначається станом м'язового тонуусу, зв'язкового апарату, а також іннервацією і кровопостачанням їх, самопочуттям і настроєм хворого та характеризує загальний тонус організму. А ще на поставу впливає професія (“військова” постава) і конституціональні особливості (у гіперстеніків завдяки підвищеному тонуусу м'язів, міцності зв'язкового апарату й малорухомості суглобів постава пряма, а в астеників завдяки протилежним особливостям ознакою звичайної постави вважають опущену голову, мляво обвислі плечі й руки, згорблену спину).

Пряма постава — “постава гордіїв” — плавна хода, вільні, невимушені рухи свідчать про благополуччя організму. Фізіологічну пряму поставу спостерігають у здорових осіб, у гіперстеніків, військових. Пряму поставу як патологію спостерігають при хворобі Бехтерева, асциті, масивній пухлині черевної порожнини.

Млява постава — обвислі плечі, утруднена хода, мляві рухи свідчать про тяжкий фізичний або психічний стан. Фізіологічна млява постава властива астеникам, старим людям, особам, які займаються тяжкою фізичною працею, її спостерігають при захворюваннях нервової, ендокринної систем та опорно-рухового апарату, а також при травмах.

Хода хворого

Хода — сукупність особливостей пози й рухів під час ходьби. Індивідуальні особливості ходи складаються з величини кроку, швидкості ходьби, положення тулуба й голови, співдружних рухів рук. Окрім цього, хода залежить від стану опорно-рухово-

апарату, нервової системи, а також від конституціонально-типу, темпераменту, виховання, професії (хода військових, акторів, танцюристів). *Хо́да здоро́вої лю́дини тве́рда, уве́нена, ле́гка, без осо́бливо́ї напруже́ності та зу́силь.*

Залежно від стану опорно-рухового апарату та його іннервації, місцевих болісних відчуттів, рідше — від ураження внутрішніх органів спостерігають низку різновидів специфічної ходи, які допомагають у діагностиці тієї чи тієї патології.

Геміплегічна хо́да (косаря) характеризується надмірним сведенням ураженої ноги убік, унаслідок чого хворий під час кожного кроку описує півколо, а відповідна рука зігнута в локоть й приведена до тулуба; властива хворим із центральним парезом (мал. 18).

Півняча хо́да характеризується високим підняттям ноги, викиданням її вперед і різким опусканням з ляпасом на підлогу; спостерігають при ураженні малоберцевого нерва. *Атактична хо́да* (типу штампа) характеризується високим підняттям ніг, викиданням їх уперед; досягши підлоги, нога продовжує шукати опору; спостерігають при спинній сухотці, поліневриті, сенситивній атаксії.

Мозочкова хо́да (різновид тактичної ходи) характеризується широким розставленням ніг під час ходьби (незалежно від розкидання їх), розгойдуванням тулуба, балансуванням піднятими вгору руками; спостерігають при ураженні мозочка, сп'янінні, великій крововтраті, нервовому стресі, сильному охолодженні. *Качина хо́да* (хитка) характеризується повільними й невпевненими маленькими кроками "перевалюючись", утрудненим підніманням ніг, що компенсується нахиланням тулуба в протилежний бік (у бік фіксованої на землі ноги); спостерігають при міопатії, підвивиху кульшового суглоба, остеомаляції кульшового суглоба, залишковому поліомієліті. *Горда хо́да* — під час ходьби верхня частина тулуба відхиляється назад, щоб зберегти рівновагу при вагітності, асциті, великій пухлині черевної порожнини. *Стареча, сенільна, хо́да* характеризується дрібними човгальними кроками, з невпевненими та некоординованими співдружними рухами рук; властива хворим із вираженим церебральним атеросклерозом. *Кульгавість* — порушення ходи, що характеризується асиметричним рухом ніг. *Переміжкова ішемічна кульгавість* — періодичні парестезії та біль у гомілкях під час ходьби, що змушують хворого зупинятися; характерна для облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок.



Мал. 18. Хворий із геміплегічною ходою

Обличчя хворого

За виразом обличчя можна дізнатися багато про що. Лікар може дістати досить важливі діагностичні й прогностичні дані, розкрити переживання хворого. На вираз обличчя впливають вік, стать, конституція. У молодому віці обличчя рухливе, виразне, відверте, у зрілому — більш спокійне, стримане, а в старечому віці риси обличчя застигають, воно втрачає свою виразність. Риси обличчя чоловіків крупніші, відрізняються вторинними статевими ознаками (борода, вуса), а в жінок, навпаки, більш дрібні, м'якіші.

Специфічні зміни обличчя можуть бути ознакою деяких патологічних станів. Наприклад, невідповідність біологічного й паспортного віку: вигляд хворих на рев-

матизм, із вродженими вадами серця, гіпофункцією статевих та ендокринних залоз молодший, а хворих із виразковою хворобою, онкологічними захворюваннями, навпаки, старший за паспортний вік.

Діагностичне значення обличчя хворого

Обличчя хворого на пневмонію характеризується однобічним рум'янцем на боці запалення (за рахунок рефлекторного розширення судин), невеликою одутлістю зі старечим виразом, гримасою, що виникає під час кашлю (через хворобливість) із “грою” крил носа (унаслідок задишки), нерідко з герпетичними пухирцями на губах.

Обличчя хворого на туберкульоз легенів худе, бліде, з яскравим рум'янцем на щоках, із широко розплюшеними “палаючими” блискучими очима, нерідко із блакитнуватим відтінком склер, із напіввідкритим ротом, сухими губами й збудженим виразом. *Обличчя хворого з аденоїдами* характеризується відкритим або напіввідкритим ротом, трохи відвислою нижньою губою, витрішкуватістю (зумовлено застійними явищами в носоглотці); частіше спостерігають у дітей.

“Аортальне обличчя” характеризується блідістю шкірних покривів (унаслідок відносної нестачі крові у великому колі кровообігу — “аортальна блідість”); спостерігають при аортальних вадах, частіше при стенозі.

“Мітральне обличчя” — моложаве, одутле, із застійним (ціанотичним, вишневим) рум'янцем на щоках у вигляді мітрального метелика і вираженим акроціанозом; характерне для декомпенсованих мітральних вад, особливо мітрального стенозу.

Серцеве обличчя Корвізара: одутлість, очі начебто постійно сльозяться, погляд тупий і сонний, колір обличчя — суміш жовтуватої блідості й синюшності, рот постійно напіввідкритий, губи трохи випнуті; характерне для серцевої недостатності тяжкого перебігу.

Акромегалічне обличчя: різкий розвиток надбрівних дуг, непропорційно великі ніс, губи, вуха, підборіддя, надмірний розвиток нижньої щелепи, що спричинює розходження зубів; спостерігають при акромегалії.

Базедове обличчя: рухливе, з багатою мімікою, швидко червоніє, вологе, великі, широко розплюшені, випуклі, неморгаючі, блискучі очі (екзофтальм), що надають обличчю виразу застиглої переляку, страху, гніву; характерне для тиротоксикозу, базедової хвороби.

Мікседематозне обличчя: широке, кругле, як місяць, із сухою блідо-жовтою шкірою, позбавлене зовнішніх частин брів, з розпливчастими рисами, глибокими застиглими очима. Іноді на одутлому і малорухомому блідому обличчі з'являється рум'янець (нагадує обличчя ляльки); характерне для гіпотирозу і мікседеми.

Кушінгоїдне обличчя: кругле, місяцеподібне, з інтенсивно-червоною блискучою шкірою і явищами гіпертрихозу (вуса, борода в жінок); характерне для хвороби Кушінга або синдрому Іценка—Кушінга, або у разі тривалого вживання глюкокортикоїдних препаратів.

Вовчакове обличчя: еритема у вигляді вовчакового метелика, тубуб якого розташований на спинці носа, а крила — на щоках; характерне для системного червоного вовчака.

“Обличчя Гіппократа” (перитонеальне обличчя): бліде, як у мерця, із синюшним землистим відтінком, із різко загостреними рисами, із глибоко запалими, страдницькими очима, великими краплями холодного поту на чолі; характерне для станів,

що супроводжуються колапсом, зумовлених гнійним перитонітом, тяжким ентеро-літисом, паралічом судин в агонуючих хворих. “Обличчя Гіппократа” є прогностично несприятливою ознакою.

Нефротичне обличчя: різко одутле, блідо-сірого відтінку, з набряклими повіками, вузькими очними щілинами, до невпізнанності спотворене; характерне для набрятливих форм гострого гломерулонефриту.

Асиметричне обличчя характеризується однобічною згладженістю носогубної складки, опущенням протилежного кута рота; зумовлене ураженням V—VII черепних нервів; спостерігають у хворих, які перенесли інсульт, неврит трійчастого або щелевого нервів.

Шкіра

Шкіра є зовнішнім покривом тіла, що виконує функції захисту організму, обміну речовин, терморегуляції і є органом чуття. Дослідження шкіри хворого проводять шляхом огляду при денному освітленні. Під час дослідження варто звернути увагу на такі особливості шкіри, як колір, наявність шкірних елементів (у т. ч. крововививів, пролежнів, виразок), зміна підшкірних вен.

Колір шкіри. У здорових осіб шкірні покриви тілесного кольору, без рубців та десипань, помірно вологі, еластичні, зі збереженим тургором. Колір шкіри зумовлений наявністю пігменту й залежить від ступеня розвитку судинної мережі, кількості крові, хімічного складу крові, товщини власне шкіри, її іннервації.

При патологічних станах шкіра може змінити свій колір, а саме: *блідість і гіперемія* шкірних покривів залежать від їхньої товщини, кровонаповнення, іннервації і можуть мати тимчасовий характер у фізіологічних умовах (переляк, висока або низька температура навколишнього середовища); *жовтавість, синюшність, бронзове забарвлення, сіро-землистий і аспідний колір шкіри* зумовлені зазвичай зміною хімічного складу крові (збільшення вуглекислого газу, білірубіну) і трапляються лише при патології, з винятком фізіологічної жовтяниці немовлят (у перші дні після народження).

Фізіологічна блідість може виникнути у разі зменшення вмісту пігменту в шкірі або вродженої відсутності його (альбінізм), зниження прозорості й слабого розвитку судинної системи; а також може бути зумовлена вазомоторними реакціями центрального (переляк, страх) і периферичного (для низьких температур) походження.

Патологічна блідість шкіри може бути зумовлена зміною її якісного складу або кількості циркулюючої крові: захворювання крові (анемія, лейкоз та ін.); гострі і хронічні інфекції з гемолізом еритроцитів (малярія, сепсис, бактеріальний ендокардит); хронічні інтоксикації (злякисні новоутворення, хронічні отруєння); абсолютне зменшення кількості крові унаслідок крововтрати або внутрішньої кровотечі; відносне зменшення кількості крові унаслідок спазму (шок, колапс, непритомність, артеріальна гіпертензія) або здавлювання судин (незапальні набряки ниркового і серцевого походження, мікседема).

Велике діагностичне і прогностичне значення має швидкість розвитку блідості: галтова різка блідість (“на очах”), що супроводжується непритомним станом, різким зниженням АТ і ниткоподібним пульсом свідчить про гостру внутрішню кровотечу, що загрожує життю і потребує невідкладної допомоги.

Фізіологічна гіперемія може спостерігатися при поверхневому розташуванні судин або при вазомоторних реакціях (робота в гарячих цехах, перебування на сонці, звільювання, вживання алкоголю) у вигляді плям на шкірі (частіше на обличчі й шії); вирізняється лабільністю і нерівномірністю.

Патологічну гіперемію спостерігають при хронічних захворюваннях кровотворних органів за рахунок збільшення кількості еритроцитів, підвищення рівня тромбоцитів, гемоглобіну; унаслідок розширення судин при гарячкових станах; хворобі Іценка—Кушінга; двобічний рум'янець обличчя характерний для мітрального стенозу, системного червоного вовчачка, туберкульозу легенів; одnobічний рум'янець спостерігають при пневмонії, мігрени на ураженому боці, *дифузну гіперемію* — при вживанні лікарських препаратів (нікотинової кислоти, атропіну, препаратів опію і морфію).

Ціаноз або *синюшність* — синювато-фіолетовий колір шкіри і слизових оболонок, зумовлений зміною якісного складу крові (надмірний уміст вуглекислого газу і відновленого гемоглобіну) або венозним застоєм. Залежно від поширеності розрізняють дифузний, периферійний (акроціаноз) і місцевий ціаноз.

Дифузний (загальний) ціаноз спостерігають унаслідок порушення газообміну в легенях при захворюванні органів дихання (бронхоліт, тяжка пневмонія, емфізема, набряк, ателектаз легенів, напад бронхіальної астми, тромбоемболія легеневої артерії тощо); отруєння гемолітичними отрутами (бертолетовою сіллю, нітробензолом); змішування крові при вроджених вадах (незарощення міжшлуночкової і міжпередсердної перегородок); *периферійний ціаноз або акроціаноз* спостерігають при венозному застої і накопиченні відновленого гемоглобіну в крові у хворих із серцевою недостатністю. *Місцевий ціаноз* спостерігають унаслідок здавлювання судин і парезу судинорухових нервів у хворих на тромбоз флебіт.

Жовтяничність шкірних покривів і слизових оболонок зумовлена підвищенням вмісту білірубину в крові (білірубінемія). Від ступеня білірубінемії залежить фарбування шкіри (від світлолимонного до жовтогарячого і зеленуватого). Ліпше виявляється при денному освітленні. Розрізняють фізіологічну, патологічну і псевдожовтяницю.

Фізіологічну жовтяницю спостерігають у немовлят у перші 5—7 днів (фізіологічна жовтяниця немовлят), зумовлена гемолізом надмірної кількості еритроцитів унаслідок перебудови й адаптації організму до зовнішнього дихання. *Псевдожовтяниця* може виникнути у разі надмірного вживання моркви й апельсинів, застосування акрихіну і пікринової кислоти; частіше локалізується на долонях і стопах (ніколи не жовтіють слизові оболонки).

Патологічну жовтяницю залежно від причин виникнення умовно поділяють на такі види: *надпечінкова або гемолітична*, зумовлена підвищенням гемолізом еритроцитів (малярія, сепсис, отруєння гемолітичними отрутами); *печінкова або паренхіматозна*, зумовлена ураженням гепатоцитів (вірусний гепатит, отруєння гепатотоксичними отрутами); *підпечінкова або механічна*, зумовлена порушенням відтоку жовчі внаслідок здавлювання жовчних шляхів (пухлина підшлункової залози, рубцеві зміни в ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки — фаттерового).

Жовте забарвлення при патологічній жовтяниці з'являється насамперед на м'якому піднебінні, склерах, слизових оболонках губ, потім жовтіють шкірні покриви і нарешті шкіра долонь і стоп; зникають ці прояви у зворотній послідовності.

Шкірні елементи. Основними шкірними елементами є: розеоли, еритема, кропивниця, пітниця, герпес, крововиливи, телеангіектазії, виразки, рубці, пролежні, які можуть бути зумовлені інфекційними захворюваннями, алергійними процесами, а також захворюваннями внутрішніх органів.

Розеоли — блідо-рожеві великі цятки діаметром 2—3 мм, що ледь піднімаються над шкірою і зникають після надавлювання; характерні для черевного тифу (на 7—

5-й день на бічній поверхні живота й грудної клітки); висипного тифу (на 4–5-й день по всьому тілу); сифілісу; рідше для грипу і паратифу.

Еритема — крупноплямиста, різко обмежена ділянка червоного кольору, що піднімається над шкірою; спостерігають при бешисі (рос. рожа), вузлуватій еритемі, септичних захворюваннях, менінгіті, а також унаслідок уживання ліків (хінін, йод, бром) і харчових продуктів (полуниця, раки).

Кропивниця — червонувато-білуваті, дуже сверблячі пухирі (подібно до опіку кропивою), піднімаються над шкірою; зумовлена дією гістаміну, брадикініну, серотоніну при алергійних реакціях, гельмінтозами, захворюваннями органів травлення.

Пітниця — матово-білуваті пухирці завбільшки як макове зерно, що нагадують краплі роси; зумовлена затримкою секрету потових залоз і утворенням дрібних кіст; частіше спостерігають на шкірі живота.

Герпес — пухирці діаметром 0,5–1 мм (завбільшки як шпилькова головка) з прозорим або кров'янистим умістом, частіше локалізуються за ходом нервових волокон трійчастого нерва (на губах, крилах носа, міжребрових нервах), зумовлений вірусним ураженням нервової системи при крупозній пневмонії, грипі, малярії, паратифі, церебральному менінгіті.

Крововилив має вигляд петехій, синців (*петехії* — дуже дрібні, крапкові геморагічні плями подібні до роzeоли із крововиливом у центрі; *синці* — плями різної величини, форми, локалізації, що зберігаються після натиснення і змінюють фарбування в процесі еволюції від червоно-фіолетового до жовто-зеленого й білуватого). Основні причини крововиливів: механічне ушкодження судин (травми, забиті місця, укуси); захворювання крові (гемофілія, гострий лейкоз, В₁₂-дефіцитна анемія, капіляротоксикоз); захворювання печінки (широз); гіпо- і авітаміноз С і К; інфекційні захворювання (висипний тиф, ботулізм, септичні захворювання).

Телеангіектазії — стійке розширення капілярів або дрібних судин, що утворюють темно-червону пляму на шкірі або слизовій оболонці (судинні зірочки).

Виразка — дефект шкіри або слизової оболонки і прилеглих тканин із порушеним або значно уповільненим загоюванням. Залежно від причин розрізняють *травматичні виразки* (варикозне розширення вен нижніх кінцівок, тромбофлебіт); *стероїдні виразки*, зумовлені тривалим уживанням стероїдних гормонів.

Пролежень — некроз м'яких тканин, що виникає внаслідок ішемії через тривале механічне здавлювання тканин.

Рубці — щільні утворення, що виникають унаслідок репаративної регенерації як результат запального процесу, що свідчать про перенесені травми, опіки, операції, інфекції (віспа, туберкульоз, сифіліс). *Розчухи на шкірі* у вигляді лінійних поверхневих порушень цілості шкіри є зовнішніми ознаками свербіжів і можуть бути зумовлені: ураженням шкіри (паразитарні захворювання, екзема, кропивниця, дерматит, червоний плоский лишай); ураженням внутрішніх органів (цукровий діабет, захворювання печінки, крові, рак легенів); локальний свербіж трапляється при місцевих алергійних реакціях.

Набряки

Набряк — надмірне накопичення рідини в тканинах організму, зумовлене підвищенням проникності судинної стінки (алергійні, запальні, токсичні); підвищенням внутрішньосудинного тиску внаслідок застою і затримки рідини в організмі (застійні, лімфатичні, ниркові); зниженням онкотичного тиску (кахектичні, ниркові); гі-

потироїдні набряки (мікседематозні). До загальних набряків належать серцеві, ниркові, кахектичні, ангіоневротичні, запальні (ревматоїдний артрит), а до місцевих — застійні (тромбофлебіт), запальні (бешиха, інфільтрації), алергійні (укуси комах).

Методи виявлення набряків:

- *візуальний:* спостерігають згладженість контурів, шкіра набрякла, лискуча, часом прозора з дистрофічними змінами;
- *пальпаторний:* з'являються ямки після надавлювання на шкіру, що зберігаються протягом 1—2 хв, за винятком мікседеми (ямки не залишаються);
- *зважування:* визначення маси тіла в динаміці для виявлення прихованих набряків.

Розширення підшкірних вен на передній черевній стінці утворюють своєрідний малюнок, що одержав назву “голова медузи”; це зумовлено утворенням кава-кавальних анастомозів при підвищенні тиску і застійних явищах у системі ворітної вени. Спостерігають у хворих із портальним цирозом печінки, при серцевій недостатності (застій крові у великому колі кровообігу).

Контрольні питання

1. Значення загального огляду в діагностиці захворювань внутрішніх органів.
2. Стан хворого: види, критерії оцінювання і діагностичне значення. Свідомість: критерії оцінювання, види порушень та їх причини, діагностичне значення.
3. Хода: види, критерії оцінювання, причини порушень, діагностичне значення.
4. Положення хворого: види положень, їх причини і діагностичне значення.
5. Обличчя хворого: вік і особливості, специфічні обличчя при патологіях різних органів і систем; їх патогенез і діагностичне значення (захворювання органів дихання, кровотворення, ендокринної системи, нирок, шлунка, уроджені патології).
6. Шкірні покриви: методи дослідження.
7. Блідість шкірних покривів: фізіологічна, патологічна, причини, діагностичне значення.
8. Гіперемія шкірних покривів: фізіологічна, патологічна, причини і фізіологічне значення.
9. Жовтяничність шкірних покривів та видимих слизових оболонок: причини, діагностичне значення.
10. Ціаноз: визначення, причини, види ціанозу та їх діагностичне значення.
11. Шкірні елементи: роzeоли, петехії, крововиливи, телеангіектазії, виразки, пролежні, рубці та ін.
12. Набряки: визначення, види набряків, причини, методи дослідження, діагностичне значення.

ТЕМПЕРАТУРА ТІЛА. ПРАВИЛА ВИМІРЮВАННЯ ТА РЕЄСТРАЦІЇ. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ГАРЯЧКОЮ

Роль температурного гомеостазу в забезпеченні життєдіяльності організму. Температура тіла є важливим діагностичним і прогностичним показником стану хворого, оскільки її підвищення в більшості випадків свідчить про розвиток захворювання, про особливості його перебігу та реакції організму на патологічний процес. У звичайних умовах постійна температура тіла людини (36,4—36,8 °С) підтримується за рахунок рівноваги процесів теплопродукції і тепловіддачі завдяки теплорегуляції, допускаючи добові коливання лише в межах 1 °С.

В основі термопродукції лежать хімічні процеси обміну речовин у печінці й м'язях (хімічна терморегуляція), а в основі тепловіддачі (фізичної регуляції) — випромінювання з поверхні шкіри (70 %), потовиділення (16 %), виділення нагрітого повітря під час дихання (13 %), і 1 % тепла виділяється із сечею та калом. У механізмі теплорегуляції беруть участь нервово-вегетативна (гіпоталамо-гіпофізарна система і симпатичні волокна ЦНС) та ендокринна системи (щитоподібна залоза й надчиркові залози). Підтримання постійної температури тіла (температурний гомеостаз) дає змогу забезпечити життєдіяльність організму в широкому діапазоні температурних коливань навколишнього середовища.

Вимірювання температури тіла називається термометрією (з грец. *thermos* — теплота, жар, *nutreo* — вимірювати). Розрізняють термометрію: *безпосередню* (на дотик) за допомогою тильної поверхні кисті (прикладання до шкіри спини) і *посередню* за допомогою медичного термометра.

Методика термометрії. Термометрію проводять за допомогою медичного термометра із вкороченою шкалою від 35 до 42 за Цельсієм з поділками 0,1 °С. Рівень ртутного стовпчика цього термометра при охолодженні не опускається, а залишається на максимальній висоті завдяки звуженню в цей момент скляного капіляра. Для зниження рівня ртуті в капілярі термометр потрібно струснути.

Час вимірювання — двічі на добу: уранці з 6-ї до 8-ї години (ранковий мінімум добових коливань температури) і ввечері із 17-ї до 19-ї години (вечірній максимум). Якщо виникне потреба (короткочасні або нерегулярні підвищення, кризи при сепсисі, ревматизмі, туберкульозі), термометрію проводять кожні 2—3 год протягом доби, включаючи нічний час, але не обтяжуючи хворого.

Положення хворого. Термометрію проводять у стані спокою сидячи, а ліпше — у положенні лежачи. **Місця вимірювання:** пахові ямки, пахові складки, ротова порожнина (у дітей), пряма кишка (стан непритомності; надмірні порушення в дітей; підозра на симуляцію). **Тривалість термометрії** — 8—10 хв.

ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА В ПАХОВІЙ ЯМЦІ Й ПАХОВІЙ СКЛАДЦІ

1. Перевірити рівень ртуті в термометрі. Якщо ртуть вище відмітки 34 °С, струснути кілька разів термометр і ще раз перевірити рівень ртуті.
2. Якщо шкіра в паховій ямці волога, витерти її рушником.
3. Кінець термометра з резервуаром ртуті помістити в пахову ямку і попросити хворого привести зігнуту в лікті руку до тіла і так тримати протягом 8—10 хв.
4. Показники температури занести в температурний листок.
5. Термометр продезінфікувати.
6. Дітям раннього віку температуру тіла вимірюють у паховій складці, зігнувши ногу в кульшовому суглобі.

ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ

1. Резервуар термометра із ртуттю поміщують під язик хворого і просять, щоб він губами притримав корпус термометра.
2. Через 5 хв показники термометрії занести в температурний листок.
3. Термометр продезінфікувати.

ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА В ПРЯМІЙ КИШЦІ

1. Покласти хворого на бік.
2. Резервуар термометра змастити вазеліном.
3. Увести резервуар термометра за сфінктер відхідника.
4. Через 5 хв визначити показання термометра, дані занести в температурний листок.
5. Термометр продезінфікувати.

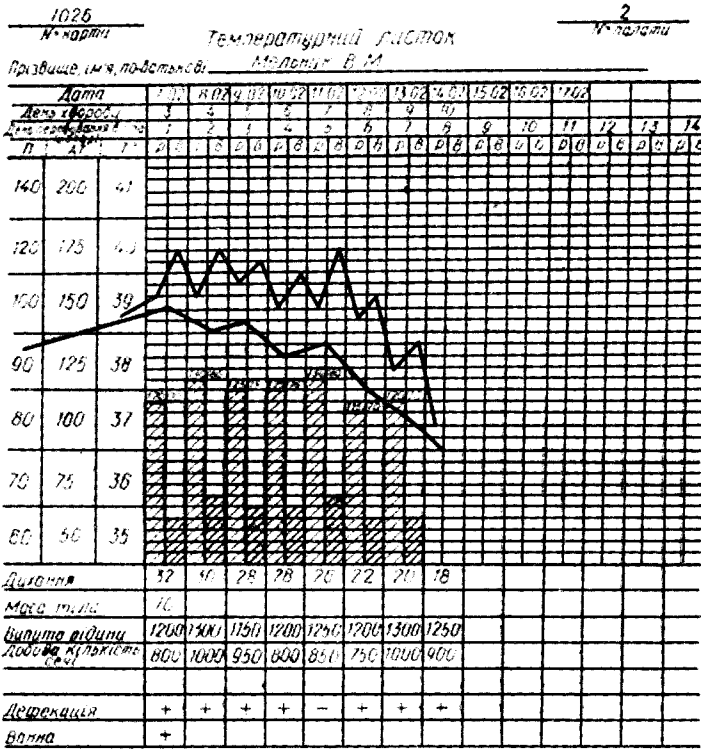
Реєстрацію показників температури тіла проводять після кожного вимірювання у вигляді температурної кривої та в медичній карті хворого. Значення поділки шкали “Т” температурного листка становить 0,2 °С. Температуру наносять у вигляді крапки в графі відповідної дати, часу доби (ранок, вечір) і показника температури за шкалою “Т”. З’єднавши ці точки лініями, одержуємо *температурну криву* (мал. 19).

Дезінфекція медичних термометрів

- Після використання термометра в складках замочити його в 1 % розчині хлораміну на 30 хв або в 3 % розчині водню пероксиду на 80 хв.
- Промити водою й витерти насухо.
- Після вимірювання температури в прямій кишці термометр замочити в 3 % розчині хлораміну на 1 год, за необхідності знежирити, промити водою й витерти насухо.

Сучасні термометри — електричні та на основі рідинних кристалів. Принцип роботи термометра на рідинних кристалах — “Термотест” — полягає у зміні забарвлення рідинних кристалів при зміні температури тіла. Це полімерна пластинка, укрита емульсією з рідинних кристалів, яку накладають на будь-яку частину тіла: за температури 36—37 °С на пластинці зеленим кольором висвітлюється літера “N” (“Norma”), а за температури більше ніж 37 °С — “F” (“Febris”) — гарячка. Більш досконалі електричні термометри дають індикацію про рівень температури у цифровому позначенні.

У нормі *середня добова температура тіла* дорослої людини становить 36,4—36,8 °С і протягом доби коливається приблизно в межах 1 °С: від 36,0—37,0 °С



Мал. 19. Температурний листок

(у паховій ямці) і 36,5–37,5 °С (у прямій киші). Найвищу температуру тіла реєструють о 16–18-й годині, а найнижчу — о 3–6-й. Фізіологічні коливання температури тіла залежать від віку: у дітей через високу інтенсивність обміну речовин середня температура тіла коливається в межах 36,9–37,2 °С, а в осіб літнього і старечого віку — 36,0–36,5 °С; а також від інтенсивності роботи м'язів, харчування, емоційного стану людини. За температури вище 42,5 °С і нижче 33 °С виникають незворотні порушення обміну речовин і зміни клітин, які несумісні з життям.

Розлад терморегуляції може призвести або до стійкого підвищення температури тіла (якщо переважає теплопродукція) — гіпертермія, або до її зниження (якщо переважають процеси тепловіддачі) — гіпотермія.

Гіпертермія

Гіпертермія — стійке підвищення температури тіла до понад 37 °С. Трапляється набагато частіше й гірше переноситься хворими, оскільки окрім шкідливого впливу високої температури відбувається самоотруєння організму продуктами посиленого проміжного обміну. Підвищення температури тіла до понад 41–42 °С загрожує життя людини. Типовими прикладами гіпертермії є сонячний і тепловий удар.

Гіпертермія, що розвивається за патологічних умов і супроводжується порушенням обміну речовин, розладом більшості функцій організму (дихання, кровообігу,

нервової та ендокринної систем, сечовиділення й ін.), називається *гарячкою*. Це складна захисно-приспосувальна реакція організму, яка виникає у відповідь на дії патогенних подразників і виражається перебудовою обміну речовин і терморегуляції, що призводить до підвищення температури тіла.

Усі причини гарячки умовно можна поділити на такі: *інфекційні процеси* різного походження (інфекційні захворювання і будь-яка інфекція, що спричинює місцеву або загальну реакцію організму); *неінфекційні процеси*, що супроводжуються розпадом тканин і розвитком аутоімунного або асептичного запалення (інфаркт міокарда, розпад пухлини, великі травми, опіки, операції, переливання крові); *порушення функцій терморегулювальних систем*: ендокринної (субфебрилітет при гіперфункції щитоподібної залози); центральний неврит, у тому числі функціональні порушення (“терморегуляторний невроз”), що супроводжуються субфебрилітетом; посилення теплопродукції внаслідок тривалої напруженої м'язової роботи (судомний синдром); *синдром “гарячки невідомого генезу”* — підвищення температури тіла до понад 38 °С тривалістю не менше ніж 3 тиж.

Основним клінічним симптомом гарячки, найбільш яскравим і легко зумовлюваним, є *підвищення температури тіла*, що має велике симптоматичне й діагностичне значення.

Типи гарячки

Залежно від характеру підвищення температури (висота, тривалість, добові коливання, час, етіологія) розрізняють такі *типи гарячки*: *за висотою* — субфебрильна — 37—38 °С; помірна — 38—39 °С; висока — 39—41 °С; гіперпіретична або надмірна — вище 41 °С (мал. 20); *за тривалістю* — така, що швидко минає (ефемерна), — протягом кількох годин, але не довше ніж 1—2 дні; гостра — до 15 днів; підгостра — до 45 днів; хронічна — понад 45 днів.

Класифікація гарячки згідно з характером добових коливань (мал. 21):

- *постійна гарячка* — висока, не нижча ніж 39 °С, тривала з незначними коливаннями температури тіла (не вище ніж на 1 °С); характерна для черевного й висипного тифу;

- *послаблювальна, або ремітивна*, — гарячка з добовим коливанням температури тіла вище ніж на 1—1,5 °С, причому, знижуючись, температура опускається до 38 °С (не до нормального рівня); спостерігають при бронхопневмонії, гнійних захворюваннях (див. мал. 21);

- *переміжна, або інтермітивна*, — чергування періодів високої температури тіла (39—40 °С) протягом дня з періодами субнормальної температури (нижче 36 °С) і знову підвищення на 2—3 дні; типова для малярії (див. мал. 21);

- *поворотна* — гарячка із правильною зміною періоду високої гарячки (до 39—40 °С і вище) на період раптового зниження температури до норми тривалістю кілька днів, потім знову настає період гарячки і наступне зниження температури; патогномонічна для поворотного тифу (мал. 23);

- *хвилеподібна, або ундулювальна*, — зміна періодів поступового підвищення температури тіла до високих цифр і поступове її зниження до субфебрильних або нормальних; характерна для бруцельозу, лімфогранульоматозу (мал. 22);

- *гектична, або виснажлива*, — тривала гарячка з великим добовим коливанням у 3—4 °С і швидким зниженням температури тіла до норми і навіть нижче; ці коливання супроводжуються значним потовиділенням, виснажливою слабкістю, по-

торюється 2—3 рази на добу; характерна для кінцевої стадії туберкульозу легенів, сепсису (див. мал. 21);

- *інвертована* — гарячка з поворотним типом добових коливань, коли ранкова температура вища за вечірню, зазвичай поєднується з виснажливою гарячкою, що спостерігають у разі важкого перебігу туберкульозу і септичних станів (див. мал. 21);

- *неправильна, або атипова*, — гарячка невизначеної тривалості з неправильними різноманітними добовими коливаннями; спостерігають при багатьох захворюваннях (грипі, дифтерії, дизентерії, гострому ревматизмі, ендокардиті, туберкульозі, невриті, сепсисі тощо) (див. мал. 21);

- *гарячка Пеля—Ебштейна* — постійна гарячка тривалістю 8—10 днів, змінюється безгарячковим періодом, що триває 10—14 днів; спостерігають при лімфогранульозі.

Класифікація гарячки за етіологією:

- *інфекційна* — гарячка, що виникає при інфекційних хворобах, зумовлена впливом на організм продуктів обміну або розпаду збудника, а також ендогенних пірогенів, що утворюються під час інфекційних процесів;

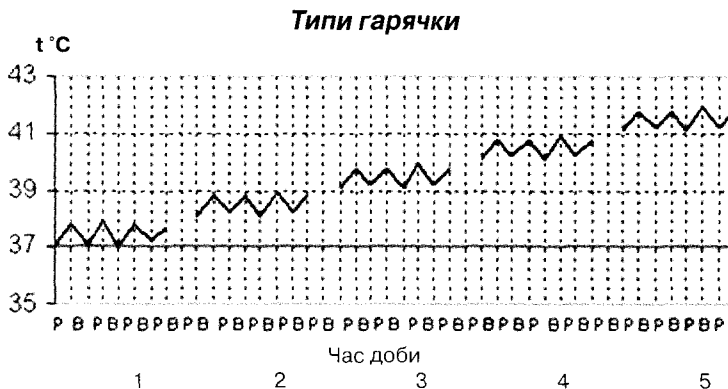
- *гнийно-резорбтивна* (ранова токсико-резорбтивна, гарячка Пирогова—Пастера—Лістера) — гарячка, зумовлена всмоктуванням токсичних продуктів з вогнища гниного запалення;

- *неінфекційна* — гарячка, не зумовлена інфекційним процесом, а частіше зумовлена асептичним аутоімунним ушкодженням тканин, подразненням непотових рецепторних зон, виділенням в організм пірогенних речовин;

- *аліментарна* — гарячка в грудних дітей, спричинена неадекватним складом їжі (частіше у разі нестачі води в організмі);

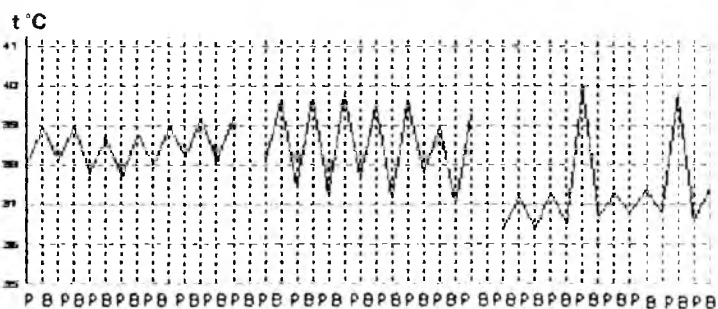
- *сольова гарячка* розвивається при некомпенсованій затримці натрію хлориду в організмі; спостерігають у дітей грудного віку в разі порушення харчування;

- *молочна* — гарячка, що виникає внаслідок застою молока в грудних залозах.

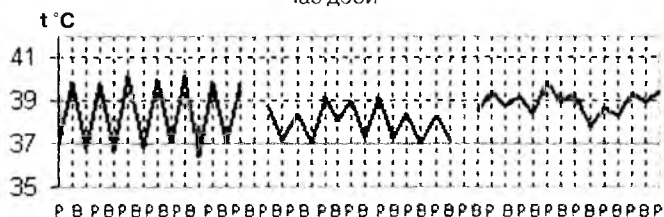


Мал. 20. Типи гарячки за ступенем підвищення температури тіла:

1 — субфебрильна; 2 — помірно підвищена; 3 — висока; 4 — дуже висока; 5 — гіперпіретична;
Р — ранок; В — вечір



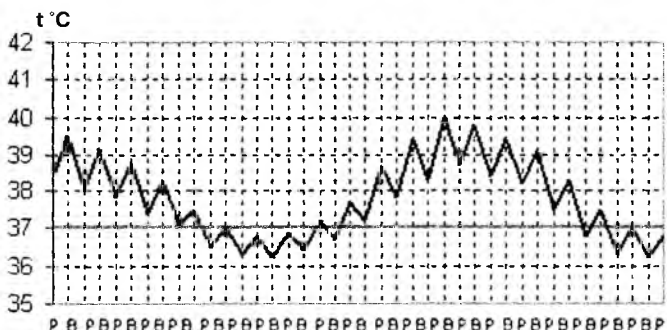
Час доби



Час доби

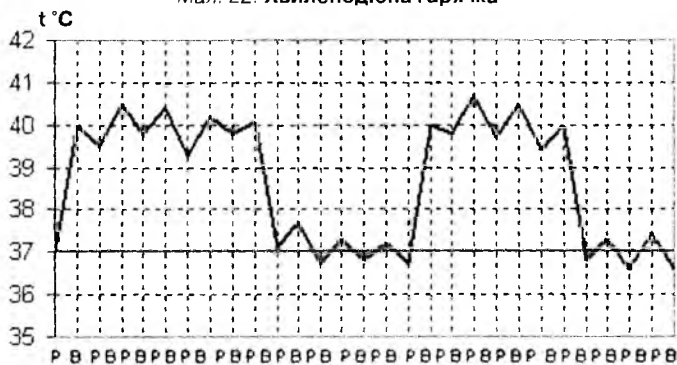
Мал. 21. Типи температурних кривих залежно від характеру добового коливання температури тіла:

- 1 — постійна гарячка; 2 — послаблювальна гарячка; 3 — переміжна гарячка;
- 4 — гектична гарячка; 5 — інвертована гарячка; 6 — неправильна гарячка



Час доби

Мал. 22. Хвилеподібна гарячка



Час доби

Мал. 23. Поворотна гарячка

Стадії гарячки та їх коротка характеристика

У перебігу гарячки розрізняють 3 стадії або періоди: стадія підвищення температури або стадія наростання, стадія збереження високої температури або стадія розпалу і стадія зниження температури.

Стадія наростання або підвищення температури характеризується швидким (протягом декількох годин), повільним (протягом декількох днів) або дуже повільним (протягом тижня) підвищенням температури тіла, що зумовлено зменшенням тепловіддачі внаслідок спазму периферійних кровеносних судин. Швидке підвищення температури часто супроводжується ознобом, болем голови, ниючим болем по всьому тілі; спостерігають при крупозній пневмонії, бешисі, скарлатині, малярії, поворотному тифі, більш повільний початок характерний для черевного тифу.

Стадія розпалу або вершина — стадія збереження температури на високому рівні триває від кількох годин до кількох тижнів. У цей період одночасно посилені і теплопродукція і тепловіддача. Хворі скаржаться на відчуття жару, загальну слабкість; при різкому підвищенні температури можуть виникнути марення, галюцинації, іноді хворі можуть знепритомніти. Під час гарячки порушується насамперед обмін речовин: з одного боку, погіршуються апетит, процеси перетравлювання і всмоктування поживних речовин, що супроводжується згорянням власних тканин організму (вуглеводів печінки, жирової тканини, розпадаються білки організму); а з іншого боку, порушуються процеси згоряння речовин (посилений розпад речовин відбувається не до кінця), що призводить до нагромадження в організмі недоокиснених проміжних речовин, які отруюють клітини й тканини організму. У зв'язку зі зниженням функції нирок порушується виведення токсичних продуктів обміну. Отруєння ЦНС недоокисненими продуктами обміну проявляється болем голови, безсонням, а іноді й порушенням свідомості, маренням, галюцинаціями. З боку серцево-судинної і дихальної систем спостерігають зниження артеріального тиску (АТ), прискорення пульсу й дихання пропорційно до висоти температури.

Стадія зниження температури тіла може перебігати зі швидким зниженням температури протягом декількох годин — *критичне зниження, криз* (крупозна пневмонія, малярія) або поступовим її зниженням протягом декількох днів — *літичне зниження, лізис* (черевний тиф, скарлатина). Літичне зниження температури відбувається поступово й безпечно для хворого. Критичне зниження температури може мати несприятливі наслідки; різке зниження температури, що супроводжується рясним потовиділенням, може призвести до розвитку гострої судинної недостатності — колапсу. Стан хворого різко погіршується: пульс стає частим, слабкого наповнення, дихання часте, поверхневе, свідомість сплутана; хворий блідий, вкритий холодним потом. Якщо не надати невідкладну допомогу, хворий може загинути.

Після гарячки, у період одужання, часто спостерігають зниження температури тіла до субнормальних цифр із відсутністю добового коливання (монотермія). Тимчасове підвищення температури в післягарячковий період (холера, черевний і висипний тиф, крупозна пневмонія) потрібно врахувати під час диференціювання можливих ускладнень і рецидивів.

І, нарешті, велике діагностичне значення має перебіг гарячки і загальний вигляд температурної кривої, що часто буває настільки характерним, що дає можливість зробити правильний висновок про захворювання, його вид та перебіг (малярія). Типова температурна крива характерна для черевного, висипного й поворотного тифу, кору, скарлатини, віспи, крупозної пневмонії, малярії, бруцельозу.

Атипові температурні криві спостерігають при грипі, гострому ревматизмі, дифтерії, дизентерії, туберкульозі, гнійному сепсисі. Нерідко вже сама неправильна гарячка має діагностичне значення.

Догляд за хворими з гарячкою

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ У СТАДІЇ ПІДВИЩЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ

- Укласти хворого в ліжку.
- Тепло вклати ковдрою.
- До ніг покласти грілки.
- Дати гаряче питво (молоко з медом, чай з малиною, калиною, липою).

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ У СТАДІЇ ВИСОКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ

• На чоло покласти холодну примочку (одну столову ложку оцту на склянку холодної води) для полегшення болю голови.

• Годувати хворого 6—7 разів на добу (навіть у нічний час) висококалорійною, легкозасвоюваною, вітамінізованою рідинною або напіврідинною їжею (бульйон, картопляне пюре, молоко, сметана, кефір, фрукти, ягоди).

• Часто давати хворому, але невеликими порціями питво (відвар шипшини, молоко з медом або натрію гідрокарбонатом (харчовою содою), овочеві, фруктові і ягідні соки, лужну мінеральну воду) для виведення токсинів з організму.

• Після споживання їжі прополоскати рот перевареною водою. Кілька разів на добу проводити туалет ротової порожнини. Тріщини на губах змастити олією із звіробією або обліпиховою або 10 % розчином бури в гліцерині.

• Вчасно перемінювати натільну білизну після потовиділення; проводити обробку шкіри.

• Проводити профілактику пролежнів, запалення легенів: стежити, щоб хворий тривалий час не перебував у одному положенні, особливо на спині; повертати його на бік, надавати напівсидяче положення.

• Регулярно провітрювати приміщення, але без протягів, попередньо вклавши хворого.

Протягом усього періоду гарячки хворий має дотримуватись ліжкового режиму.

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ У СТАДІЇ НЕПРИТОМНОСТІ Й ГАЛЮЦИНАЦІЙ

Запам'ятайте! *Будьте дуже уважними до хворого, якщо він у стані марення і галюцинацій, тому що такий хворий може травмувати себе й тих, хто його оточує.*

• При перших ознаках непритомності сповістити лікаря й посилити пильність під час догляду за таким хворим.

• Створити для хворого повний спокій і по можливості організувати індивідуальний пост медсестри, молодшої медичної сестри або родичів хворого.

• По можливості ізолювати хворого.

• Зафіксувати хворого у ліжку за допомогою спеціальних поясів.

• Уводити хворому медикаменти (внутрішньом'язово 50 % розчин анальгін — 2 мл, 1 % розчин димедролу — 1—2 мл, 2,5 % розчин аміназину — 2 мл) за призначенням лікаря.

• Використати фізичні методи зниження температури: холодні примочки й закутування, міхур з льодом на голову, грілки з холодною водою на сонні й плечов

артерії (за температури вище 38 °С). Зазначені методи охолодження використати тільки після хіміотерапевтичних засобів, які усувають спазм судин шкіри і впливають на центри терморегуляції; інакше охолодження посилюватиме теплопродукцію і підвищуватиме гіпертермію.

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ В СТАДІЇ ЗНИЖЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА

Під час догляду за хворими в стадії зниження температури тіла вживають заходів, як у стадії підвищення температури тіла. Особливо звернути увагу на стан серцево-судинної системи хворого при критичному зниженні високої температури тіла: у разі рясного потовиділення відбувається зневоднення організму, що може спричинити колапс.

Невідкладна допомога при колапсі

1. Опустити головний кінець ліжка (функціонального ліжка), забрати подушку з-під голови хворого.
2. Підняти нижній кінець ліжка на 30—40 см. Покликати лікаря.
3. Дати випити хворому міцний солодкий чай або каву.
4. До ніг покласти грілку.
5. Увести підшкірно 10 % розчин кофеїн-бензоату натрію 1 мл і 10 % розчин сульфокамфокаїну 2 мл за призначенням лікаря.
6. При поліпшенні стану хворого переїняти натільну й постільну білизну.

Гіпотермія

Гіпотермія — порушення теплового балансу в організмі, що призводить до зниження температури тіла. Гранично низька температура тіла, при якій можливе відновлення функцій організму, називається “*біологічним нулем*”. Для людини таким “біологічним нулем” є температура тіла 24—26 °С. Температура тіла, що трохи вища за величину “біологічного нуля” і супроводжується зменшенням рухливості й чутливості, називається **температурою холодового наркозу**, яка в людини становить 31—35 °С. Порушення теплового балансу може бути спричинене: а) значним зниженням температури навколишнього середовища й посиленням тепловіддачі; б) різким зменшенням теплопродукції; в) поєднанням цих умов. Найчастішим механізмом розвитку гіпотермії є збільшення тепловіддачі, при цьому чітко виражені дві фази: пристосування (компенсації) і зриву механізмів компенсації (декомпенсації).

У разі зниження температури навколишнього середовища в організмі рефлекторно виникають пристосувальні реакції: звужуються периферійні судини, збільшується робота серця, підвищується АТ, збільшується швидкість кровотоку, уповільнюється дихання, підвищується м'язовий тонус, тремтіння (озноб), збільшується вдирання кисню й посилюється обмін речовин, що сприяє зменшенню тепловіддачі й збільшенню теплопродукції, збереженню нормальної температури тіла.

Зниження температури тіла до 30—32 °С: в організмі порушуються компенсаторні механізми, розвиваються зворотні зміни функцій: виникає задишка, збільшується робота серця, підвищується АТ і збільшується швидкість кровотоку, підвищується м'язове тремтіння (озноб), різко посилюється обмін речовин. Поступово частота й сила серцебиття, ритм і глибина дихання слабшають, виникають сонливість і скутість рухів (фаза компенсації).

Зниження температури тіла до 26—27 °С: прогресивно слабшає серцева діяльність (частота й ритм), уповільнюється швидкість кровотоку, пригнічується дихання, знижується інтенсивність обмінних процесів. Рухова скутість наростає, м'язове тремтіння зникає, розвивається ригідність м'язів; порушується свідомість, слабшають зінічні й периферійні рефлекси. Настає стадія декомпенсації (стан холодового наркозу), що характеризується пригніченням функції кори головного мозку, а пізніше нижчерозташованих підкіркових і бульбарних центрів.

Зниження температури тіла нижче 26—27 °С характеризується фазою згасання життєвих функцій організму: крива дисоціації гемоглобіну зміщується вліво, розвивається виражена гіпоксія, артеріальна гіпотензія, генералізований набряк, поверхневе періодичне дихання, порушується робота серця аж до фібриляції шлуночків, різко знижується м'язовий тонус, зникають спінальні та зінічні рефлекси (арефлексія), хворі непритомніють (кома). Смерть настає внаслідок зупинення дихання.

При патологічних станах: розлади кровообігу, масивні крововтрати, виснаження, деякі ендogenousні інтоксикації (уремія, діабетична кома), інфекції (холера), дія наркотиків і жарознижувальних препаратів, гіпотермія настає порівняно рідко. У цих випадках температура тіла знижується не більше ніж на 1—2 °С.

Невідкладна допомога і догляд за хворим. При *гіпотермії легкого ступеня тяжкості* хворого достатньо зігріти, помістивши його в тепле приміщення або зігріті ковдрами, дати тепле питво. При *помірній гіпотермії* потрібно відновити температуру тіла, помістивши хворого в теплу ванну з водою температури 40—42 °С, але дуже обережно (можливий розвиток фатальної аритмії). У хворих із вираженою гіпотермією тепла ванна може призвести до шоку від перегріву, тому в цьому разі методом лікування є гемодіаліз з уведенням підігрітої крові або перитонеальний діаліз, при цьому діалізат підігрівають до температури 37 °С. Важливо відновити температуру міокарда, тому що доки його температура не досягне оптимального рівня, дефібриляція шлуночків може виявитися неефективною. Одночасно проводять кисневу терапію (штучну вентиляцію легенів); контролюють рівень газів, електролітів (калію) і рН крові; збільшують об'єм крові для профілактики розвитку інфаркту або шоку при надмірному зігріванні.

Контрольні питання

1. Як виміряти температуру тіла у тяжкохворого?
2. Як провести дезінфекцію термометрів?
3. Які ви знаєте типи температурних кривих?
4. Назвіть періоди гарячки та особливості догляду за хворими в кожний із цих періодів.
5. Назвіть варіанти зниження температури тіла у хворих із гарячкою.
6. Невідкладна допомога при колапсі.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ ТА ДИХАННЯ

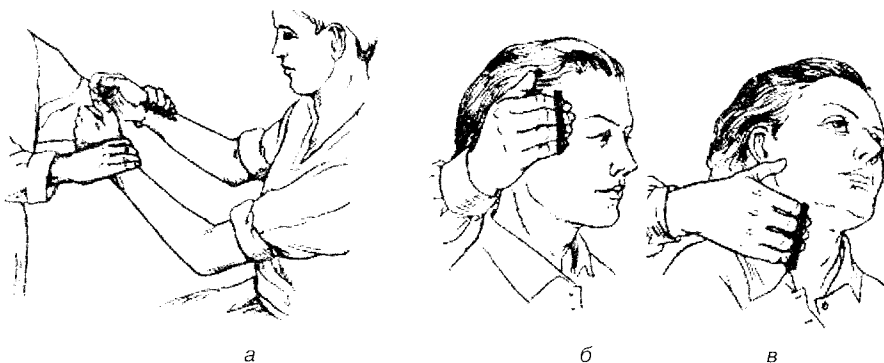
Визначення основних показників гемодинаміки

Основними показниками гемодинаміки є пульс і АТ.

Пульс

Пульс — це поштовхоподібні коливання стінок артерій унаслідок руху крові й змін тиску під час скорочення серця. Характеристика пульсу залежить від діяльності серця й стану артерій, а також змінюється при психічному збудженні, фізичній роботі, коливаннях температури навколишнього середовища, дії деяких лікарських препаратів, алкоголю.

Найпростішим *методом дослідження пульсу* є його пальпація. Її проводять там, де артерії розміщені поверхнево. Для діагностики хвороби пульс визначають на різних артеріях: сонній, скроневої, стегнової, підключичній, плечовій, променевої, диколінній, задній великій гомілковій, артеріях тилу стопи. Найчастіше пульс визначають пальпаторно на променевої артерії між шилоподібним відростком променевої кістки і сухожилком внутрішнього променевого м'яза (мал. 24). Спочатку оцінюють *симетричність пульсу* визначенням його одночасно на обох руках. Руки пацієнта мають розташовуватись на рівні серця в положенні, середньому між супінацією й пронацією. Руку досліджуваного беруть у ділянці променево-зап'ясткового суглоба довгим пальцем зовні та знизу, а пучками безіменного, середнього та вказівного



Мал. 24. Визначення пульсу:

а — на обох руках; б — на скроневої артерії; в — на сонній артерії

пальців — зверху й, відчувши в зазначеному місці пульсівну артерію, з помірною силою притискують її до внутрішньої поверхні променевої кістки. Якщо пульс однаковий на обох руках, дослідження продовжують на одній руці, звертаючи увагу на ритм, частоту, наповнення й напруження пульсу. Якщо є різниця в наповненні пульсу (аномалії розвитку, звуження або здавлювання однієї з артерій), решту його властивостей визначають на тій променевої артерії, де пульсові хвилі чіткіші.

Ритм пульсу оцінюють за регулярністю пульсових хвиль, які виникають одна за одною. Якщо пульсові хвилі з'являються через однакові проміжки часу, це свідчить про *правильний ритм (ритмічний пульс)*; при різних інтервалах між пульсовими хвилями ритм пульсу *неправильний (неритмічний пульс)*. У здорової людини серце скорочується ритмічно, з однаковими інтервалами між пульсовими хвилями, а також може спостерігатися так звана дихальна аритмія — збільшення частоти пульсу під час вдиху й уповільнення під час видиху, яка зникає при затримці дихання.

Частота пульсу — це кількість пульсових коливань за 1 хв, вона залежить від діяльності серця. У здорової людини кількість пульсових хвиль відповідає частоті серцевих скорочень і становить 60—80 за 1 хв. Щоб визначити частоту пульсу за 1 хв, проводять її дослідження протягом 15 с і одержане число множать на 4. Якщо пульс аритмічний, його рахують протягом 1 хв. Частоту пульсу понад 90 за 1 хв називають *тахікардією*, а частоту менше ніж 60 за 1 хв — *брадикардією*. У фізіологічних умовах частота пульсу залежить від багатьох чинників: віку — найбільша частота пульсу в перші роки життя; статі — у жінок пульс на 5—10 частіший, ніж у чоловіків; від фізичного навантаження і психічного стану (страх, гнів, біль) пульс прискорюється, а під час сну сповільнюється. Причиною *тривалої тахікардії* може бути підвищення температури тіла: підвищення температури тіла на 1 °С прискорює пульс на 8—10 за 1 хв. Особливо тривожним симптомом є зниження температури тіла з чимраз більшою тахікардією. *Брадикардію* спостерігають у пацієнтів, які одужують після тяжких інфекційних захворювань, захворювань мозку, з ушкодженням провідникової системи серця.

Напруження пульсу — це ступінь опору артерії натискуванню пальцем. Його означає сила, з якою потрібно притиснути стінку артерії, щоб припинити пульсацію. Напруження залежить від тиску крові в артерії, що зумовлено діяльністю серця і тонусом судинної стінки. При захворюваннях, що супроводжуються підвищенням тонуусу артерії при гіпертонічній хворобі, судину здавити важко — такий пульс називають *напруженим або твердим*. При різкому зниженні АТ при колапсі — *пульс м'який* (достатньо легкого натискування на артерію і пульс зникає).

Наповнення пульсу — це ступінь наповнення кров'ю артерії у період систоли серця, що залежить від величини серцевого викиду, тобто від кількості крові, що її викидає серце в судини під час свого скорочення. Для визначення наповнення пульсу спочатку натискають проксимально розмішеним пальцем на стінку артерії так, щоб дистально розмішений палець зміг визначити характер артерії, коли вона не наповнена кров'ю, а потім натискування проксимально розмішеним пальцем припиняють й отримують пальпаторне відчуття в момент максимального наповнення артерії кров'ю. За ступенем наповнення артерії розрізняють *повний і порожній* пульс. У разі доброго наповнення під пальцями відчувається висока пульсова хвиля, а у разі поганого — низька.

Величина пульсу. Величина пульсового поштовху об'єднує наповнення і напруження пульсу. Вона залежить від ступеня розширення артерії у період систоли і від її спадання у період діастоли. Це своєю чергою залежить від наповнення пульсу.

величини коливання АТ і еластичності судини. При збільшенні ударного об'єму (УО) крові, значному коливанні АТ і зниженні тонусу стінки артерії величина пульсової хвилі зростає і пульс стає *великим* або *високим*. Зменшення УО, мала амплітуда коливань АТ, підвищення тонусу стінки артерії зменшують величину пульсових хвиль — *малий* пульс. При гострій серцевій недостатності, шоку, значній крововтраті величина пульсу стає такою незначною, що його ледве можна визначити — це *ниткоподібний* пульс.

Форма (швидкість) пульсу — це швидкість зміни об'єму артерії, що пальпується. Швидке розтягнення стінки артерії і таке само швидке її спадання визначають *швидкий* пульс, а повільне піднімання та повільне спадання пульсової хвилі — *повільний* пульс.

Реєстрація пульсу. Частоту, ритм, наповнення і напруження пульсу записують щодня в медичній карті хворого, а на температурному листку частоту пульсу позначають червоним кольором із наступним зображенням у вигляді кривої лінії, так само, як температуру тіла. Потрібно пам'ятати, що на шкалі “П” (пульс) є поділki частоти пульсу від 50 до 160 за 1 хв. Якщо частота пульсу від 50 до 100 за 1 хв. то значення однієї поділки становить 2, а якщо частота пульсу понад 100, то значення однієї поділки — 4.

Найважливішими для оцінювання стану здоров'я людини є аритмії, що трапляються переважно при захворюваннях серцевого м'яза або провідної системи серця, рідше — унаслідок розладу діяльності блукаючого або симпатичного нерва. Такими є екстрасистолія та миготлива аритмія. **Екстрасистолія** — це коли між двома черговими скороченнями серця виникає додаткова систола (екстрасистола); пауза, що виникає за екстрасистолю (компенсаторна пауза), є значно довшою за звичайну. Екстрасистоли можуть бути одиничними і груповими. Напади тахікардії, що тривають від кількох секунд до кількох днів, називають *пароксизмальною тахікардією*. **Миготлива аритмія** характеризується відсутністю закономірності ритму і наповнення пульсу, малі й великі пульсові хвилі виникають хаотично, що свідчить про тяжке ушкодження міокарда. Часто при миготливій аритмії може розвинути *дефіцит* пульсу, при якому не всі серцеві скорочення виштовхують в артерії достатню кількість крові, а деякі скорочення настільки слабкі, що пульсова хвиля не досягає периферійних артерій і не визначається пальпаторно. Тому при миготливій аритмії обов'язково треба порухувати спочатку ЧСС, а потім частоту пульсу на променевій артерії — різниця між цими двома показниками і визначає дефіцит пульсу.

Артеріальний тиск

Артеріальний тиск — це тиск, спричинений кров'ю на стінки кровносної судини або порожнини серця. Вимірювання АТ є важливим діагностичним методом, який відображує силу скорочення серця, приплив крові в артерії, опір та еластичність периферійних судин. На рівень АТ впливає величина та швидкість серцевого викиду, частота і ритм серцевих скорочень, периферійний опір стінок артеріол. АТ в артеріях у період систоли шлуночків і під час максимального підвищення пульсових хвиль називається *сistolічним*, а тиск, який підтримується в артеріях у період діастоли внаслідок зниження їхнього тонусу, — *діастолічним*. Різницю між систолічним і діастолічним тиском називають *пульсовим тиском*.

Натепер є прямі та непрямі методи вимірювання АТ. Прямі методи застосовують у кардіохірургії. У клінічній практиці загальноприйнятим є аускультативний

метод, що його виконують за допомогою ртутного, мембранного або електронного сфігмоманометра, який є найточнішим. Сфігмоманометр складається з манжетки завширшки 14 см, яка під час накачування повітря здавлює артерію, ртутного стовпа мембранного манометра, гумової груші, за допомогою якої накачують повітря у манжетку. Для визначення артеріальних тонів застосовують фонендоскоп.

Для дослідження АТ потрібно дотримання таких вимог:

- за 30 хв до вимірювання не палити, не вживати спиртних напоїв, міцного чаю, кави, ліків з кофеїном, адреностимуляторів;
- протягом 1 год до вимірювання АТ не займатися спортом;
- у разі лікування антигіпертензивними препаратами вимірювання АТ потрібно проводити після закінчення їх дії перед уживанням наступної дози;
- у разі первинного дослідження вимірювання проводити на обох руках, надалі — на тій руці, де тиск вищий; у разі однакового рівня АТ на обох руках вимірювати на правій руці.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ АТ

- вимірювання проводять у тихому приміщенні;
- хворий лежить або сидить у зручному розслабленому стані (напруження м'язів кінцівок, черевного преса призводить до підвищення АТ);
- вимірювання проводять спочатку на правій руці, звільнивши руку від тісної одежі;
- рука досліджуваного по можливості має бути на рівні його серця;
- якщо діаметр руки вище ліктя менший 42 см, використовують стандартну манжету, якщо більший 42 см, — спеціальну;
- манжету прикріплюють на 2—3 см вище від ліктьового згину;
- манжета має щільно облягати руку, але не тиснути;
- гумова трубка, що з'єднує манжету з апаратом і балоном, має міститися латерально стосовно досліджуваного;
- нагнітаючи повітря в манжету, пальпують пульс на променевій артерії і стежать за стовпчиком ртуті; після зникнення пульсу тиск підвищують на 20—30 мм рт. ст.;
- швидкість зниження тиску в манжеті становить 2 мм рт. ст. за секунду (при аритміях потрібна повільна декомпресія, тому що можливий аускультативний інтервал — 5—10 мм рт. ст.);
- систолічний АТ визначають у період появи пульсації, діастолічний — у разі зникнення пульсації;
- визначають результат вимірювання по найближчій парній цифрі з точністю 2 мм рт. ст., що становить одну поділку шкали;
- АТ вимірюють двічі з інтервалом 2—3 хв;
- за рівень АТ у досліджуваного вважати середню цифру із двох вимірювань.

Результати вимірювання АТ щодня записують в історію хвороби у вигляді дробу: у чисельнику — систолічний тиск, у знаменнику — діастолічний, а також реєструють у температурному листку (шкала “АТ”) у вигляді стовпчиків: систолічний тиск зображують червоним стовпчиком, а діастолічний — синім (одна поділка на шкалі “АТ” становить 5 мм рт. ст.).

У нормі рівень АТ — у межах від 100/60 до 139/89 мм рт. ст. Залежно від різних фізіологічних процесів (утома, збудження, споживання їжі тощо) рівень АТ може змінюватися. Його добові коливання — у межах 10—20 мм рт. ст. Уранці тиск дещо

нижчий, ніж увечері. З віком АТ трохи підвищується. Підвищення АТ понад норму (вище 140/90 мм рт. ст.) називають *артеріальною гіпертензією*, а зниження — *артеріальною гіпотензією*. Класифікацію артеріальної гіпертензії за показником АТ наведено в табл. 6.

Таблиця 6. Класифікація артеріальної гіпертензії за показниками АТ

Категорії АТ	Систолічний АТ (мм рт. ст.)	Діастолічний АТ (мм рт. ст.)
Оптимальний	< 120	< 80
нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130—139	85—89
Гіпертензія I ступеня (м'яка)	140—159	90—99
ступінь (помірна)	140—149	90—94
ступінь (тяжка)	160—179	100—109
	≥ 180	≥ 105
Ізольована систолічна гіпертензія	≥ 140	≤ 90
	140—149	< 90

Перша допомога при підвищенні та зниженні артеріального тиску

Різде підвищення АТ може виникнути внаслідок психічної травми чи нервового перенапруження, під час раптової відміни деяких гіпотензивних препаратів у хворих з артеріальною гіпертензією. Найбільш постійними симптомами є різкий біль голови, який поєднується із запамороченням, шумом у вухах, часто з нудотою і блюванням, носовими кровотечами. Інтенсивність болю така, що хворому тяжко витримувати незначний шум, розмовляти, повертати голову.

Перша долікарська допомога при підвищенні артеріального тиску

1) виміряти АТ і визначити основні параметри пульсу; 2) викликати лікаря; 3) покласти хворого у ліжку з припіднятим підголовником і забезпечити йому повний фізичний і психічний спокій; 4) забезпечити доступ свіжого повітря (можна вдихати кисню); 5) поставити гірчичники на потилицю і литкові м'язи; 6) зробити гарячі або гірчичні ножні ванни, теплі ванни для рук, покласти холодний компрес до голови; 7) приготувати необхідні лікарські препарати.

Після кризи змінити пацієнтові натільну білизну; пояснити йому, що після закінчення гіпотензивної терапії слід полежати протягом 2—3 год, щоб запобігти колапсу. Продовжувати періодично вимірювати АТ протягом 2—3 год.

Зниження АТ є важливою діагностичною ознакою *гострої судинної недостатності* у вигляді *непритомності, колапсу, шоку*.

Непритомність — раптова короткочасна непритомність, спричинена ішемією головного мозку. Інколи непритомності передують напівнепритомний стан — раптова слабкість, запаморочення, потемніння в очах, дзвін у вухах, нудота, потім пацієнт непритомніє.

Під час *колапсу* і *шоку* спостерігають тривале зниження АТ, тахікардію, периферійні ознаки порушення кровообігу. Причиною колапсу може бути кровотеча,

захворювання серцево-судинної системи, інфекційні захворювання (харчова токсикоінфекція, пневмонія). Колапс є безпосередньою загрозою життю хворого і потребує негайної терапії.

Клінічна картина колапсу: раптовий початок, скарги на сильну слабкість і мерзлякуватість, у хворого “обличчя Гіппократа” (змарніле, запалі очі, блідо-землисте забарвлення шкіри, вона ціанотична, суха), низьке положення хворого в ліжку, байдужість до всього, що його оточує; кінцівки холодні із ціанотичним відтінком (периферійна ознака колапсу), дихання дуже часте, поверхнєве, пульс теж дуже частий, слабкого наповнення й напруженості (ниткоподібний), вени спадаються, АТ різко знижений.

Перша долікарська допомога при зниженні артеріального тиску

Оскільки в механізмі розвитку колапсу важлива роль належить зниженню тону су судин і зменшенню венозного повернення до серця, невідкладні заходи мають бути спрямовані насамперед на підвищення венозного й артеріального тону су і збільшення об'єму рідини в кровоносному руслі. Насамперед хворого вкладають у горизонтальне положення, без високої подушки (іноді припіднімають ноги); вводять підшкірно судинні препарати, що збуджують судиноруховий і дихальний центри (кордіамін, мезатон, стрихнін).

Зниження АТ є важливою діагностичною ознакою гострої судинної недостатності (зомління, колапс). ***Зомління*** — короточасна непритомність унаслідок недокрів'я головного мозку. Причинами зомління можуть бути анемія, вади серця, блокада серця, різка зміна положення тіла, перебування у положенні стоячи протягом тривалого часу, негативні емоції, сильний біль, голодування.

Основні клінічні симптоми: непритомність, блідість та вологість шкіри, рідке поверхнєве дихання, знижений АТ, пульс слабкого наповнення та напруження, зіниці помірно розширені, жваво реагують на світло.

Перша допомога: 1) хворому надають горизонтального положення з припідняти ми до 45° ногами; 2) забезпечують доступ свіжого повітря; 3) звільняють шию та груди від тісного одягу; 4) збризкують обличчя холодною водою; 5) дають понюхати тампон, змочений нашатирним спиртом; 6) поплескують по щоках; 7) розтирають тіло шматком сукна.

Колапс — гостра судинна недостатність, зумовлена вираженим і тривалим зниженням тону су судин і зменшенням ОЦК. Причинами колапсу може бути крововтрата, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, інфекційні та гострі запальні захворювання, травми, медикаментозна алергія.

Основні клінічні симптоми: раптовий початок, прострація, “обличчя Гіппократа”, низьке положення хворого у ліжку, байдужість до навколишнього, зниження температури тіла; блідість шкірних покривів, кінцівки холодні на дотик із ціанотичним відтінком шкіри (периферійна ознака колапсу), поверхнєве часте дихання; пульс дуже частий, слабкого наповнення й напруження (ниткоподібний), вени спадаються, низький АТ.

Перша допомога: 1) усувають причини колапсу (зупиняють кровотечу, видаляють отруту з організму); 2) хворого зігрівають; 3) дають дихати киснем; 4) у горизонтальному положенні хворого швидко транспортують у відповідне відділення лікарні; 5) вводять ліки, які підвищують АТ (адреналін, мезатон, глюкокортикоїди).

Кровотеча та основні способи її зупинення

Кровотеча — це витікання крові із кровоносної судини у тканини і порожнини організму або назовні. У нормі кількість крові у людини становить 7 %, або 1/13 маси тіла, із них 80 % крові циркулює в серцево-судинній системі, а 20 % міститься в паренхіматозних органах (печінці, селезінці, кістковому мозку). Зменшення ОЦК на 30—50 % спричинює розвиток тяжких порушень в організмі, що їх називають критичним станом. Втрата половини і більше крові від загальної кількості є смертельною. Особливо тяжко переносять крововтрату діти і особи літнього віку.

Причиною кровотечі є порушення цілості стінок судин унаслідок захворювань, поранень чи ушкоджень, що призводить до гіповолемії і складного комплексу гемодинамічних розладів. Залежно від принципу, що лежить в основі класифікації, виділяють артеріальну, венозну, капілярну і паренхіматозну кровотечу, яка вирізняється особливостями клінічної картини і методами зупинення.

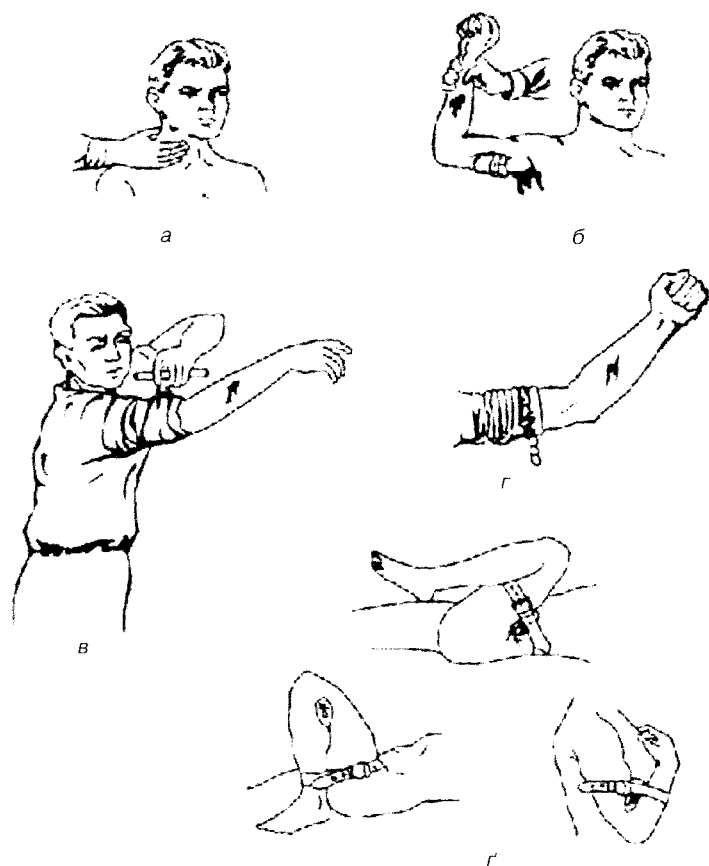
При зовнішній *артеріальній кровотечі* кров яскраво-червоного кольору витікає цівкою, висота якої змінюється з кожною пульсовою хвилею. *Венозна кровотеча* характеризується безперервним витіканням темної крові цівкою; у разі поранення великих вен при високому внутрішньовенному тиску кров також може витікати цівкою, але вона не пульсує. При *капілярних та паренхіматозних* кровотечах кровопливець уся ранова поверхня, дрібні судини та капіляри. У разі ушкодження паренхіматозних органів частіше виникає змішана кровотеча, яка довго не зупиняється і часто призводить до гострої анемії.

При виникненні кровотечі для врятування життя потерпілого потрібно зупинити кровотечу і поповнити крововтрату. Розрізняють тимчасове і остаточне зупинення кровотечі. Тимчасове зупинення здійснюють медичні працівники, сам потерпілий або очевидці нещасного випадку.

Основні види зупинення кровотечі. Основними видами зупинення кровотечі є тимчасове — туга пов'язка, пальцьове притискання, туга тампонада рани, максимальне згинання кінцівок, циркулярне перетягування; остаточне — перев'язування судини в рані або за її межами в умовах операційної (мал. 25).

Туга пов'язка — метод тимчасового зупинення кровотечі, що його застосовують при незначних кровотечах із м'яких тканин із кістковою основою. Шкіру навколо рани обробляють 5 % розчином йоду, на рану накладають подушечку з індивідуального перев'язувального пакета і міцно фіксують бинтом, дотримуючись загальних правил бинтування. Кінцівки фіксують у такому положенні, в якому вони залишаться після накладання пов'язки: руку зазвичай згинають під прямим кутом у плечовому суглобі, а ногу — в колінному; ступню фіксують у положенні під прямим кутом до гомілки. Туга пов'язка зазвичай колова — бинт пошарово накладають на одну й те саме місце. За відсутності бинта або перев'язувального пакета можна використати чисту випрасувану тканину, клапті простирадла, рушники та ін.

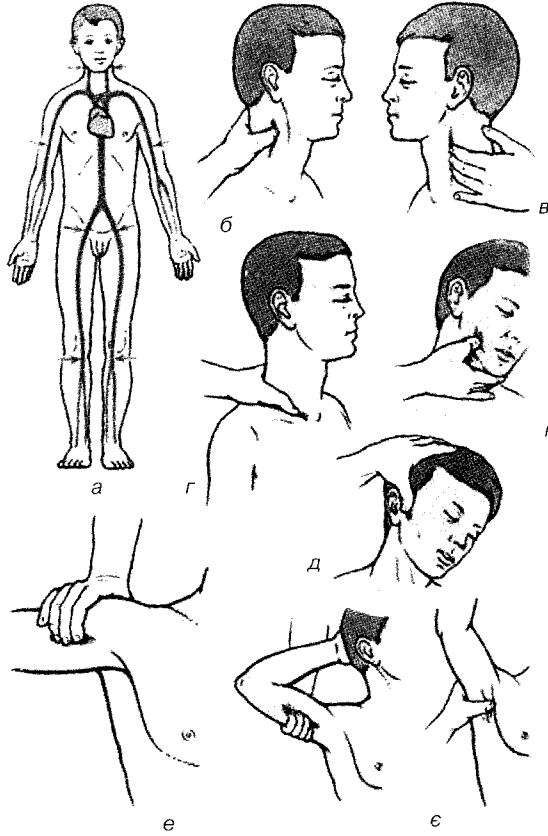
Пальцьове притискання артерії — метод екстреного короткочасного зупинення кровотечі, що його застосовують лише в певних анатомічних точках, де судини розташовані поверхнево і близько до кісток, до яких їх можна притиснути (мал. 26). Якщо просвіт судини повністю перекритий, пульсація артерії у відділі, що лежить вище, припиняється і кровотеча зупиняється. Притискування судин можна виконувати декількома пальцями однієї руки, великими пальцями обох рук, долонею або ладям. Тривале притискання здійснюють великими пальцями обох рук: кладуть один палець на другий і по черзі використовують силу тиску пальців на судини.



Мал. 25. Способи зупинення кровотечі:

а, б — пальцове притискання артерії; в — циркулярне перетягування артерії;
г — накладання джгута; г' — максимальне згинання кінцівок

При пораненнях кінцівок судини притискають вище від рани, при ушкодженні судин шії — нижче. Кровотечу із ран голови і шії зупиняють за допомогою притискання загальної сонної артерії на середині заднього краю груднинно-ключично-соскоподібного м'яза до поперечних відростків шийних хребців, зокрема до горбика C_{v_1} (мал. 26, б). Зовнішню щелепну артерію притискають до нижнього краю нижньої щелепи на межі її задньої і середньої третини. Сконеву артерію притискають на скроні. Кровотечу у верхньому відділі плеча зупиняють притисканням підключичної артерії до I ребра: руку потерпілого опускають донизу і відводять назад, після чого притискають артерію за ключицею. Підпахову артерію притискають у паховій ямці до головки плечової кістки. При кровотечі з плеча і передпліччя плечову артерію притискають пальцями до плечової кістки біля внутрішнього краю двоголового м'яза. Променеву артерію притискають до променевої кістки в тому місці, де визначається пульс, ліктьову — до ліктьової кістки. При кровотечі в ділянці стегна та гомілки стегнову артерію притискають посередині пахової зв'язки і нижче від неї. Цю судину можна фіксувати також між верхньою

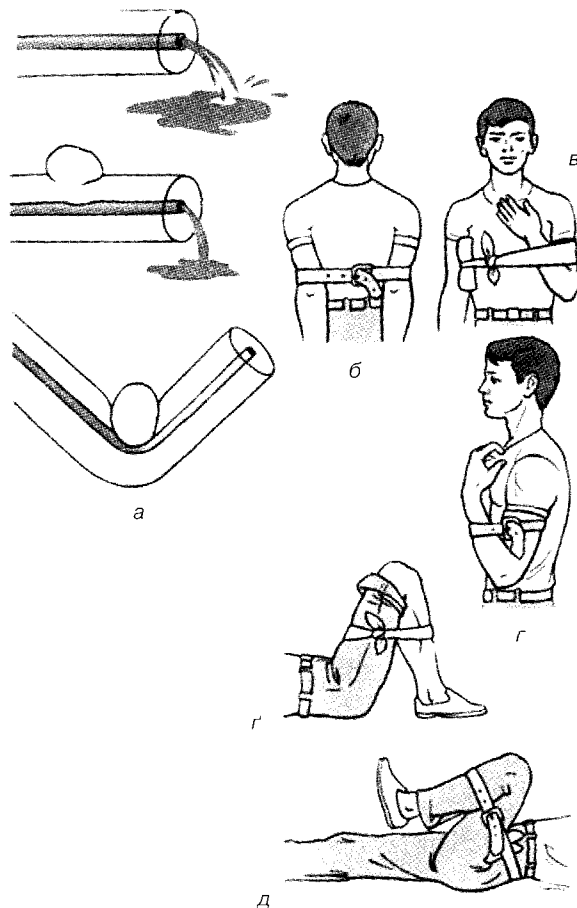


Мал. 26. Місця притискання артерій для зупинення артеріальної кровотечі:
 а — схема магістральних судин людини; б — внутрішньої сонної артерії;
 в — зовнішньої сонної артерії; г — надключичної артерії; г' — підщелепної артерії;
 д — скроневої артерії; е — плечової артерії; є — аксиллярної артерії

середньою остю клубової кістки і лобковим симфізом. Підколінну артерію притиснуть до середини підколінної ямки, тильну артерію — до тильної її поверхні посередині між зовнішньою і внутрішньою кісточками (нижче від колінного суглоба). При пораненні черевної аорти тимчасове зупинення кровотечі вдається здійснити сильним притискуванням черевного відділу аорти до хребта кулаком (зліва від пупка).

Туга тампонада рани — метод тимчасового зупинення кровотечі, який застосовують при глибоких кровоточивих ранах, коли пальцьове притискання неможливе. Щетом туго заповнюють рану стерильним марлевым тампоном або прикладають до рани спеціальну кровоспинну губку, яку притискують марлевым тампоном. Потім надають тугу здавлювальну пов'язку, на яку в ділянці рани кладуть мішечок з льодом.

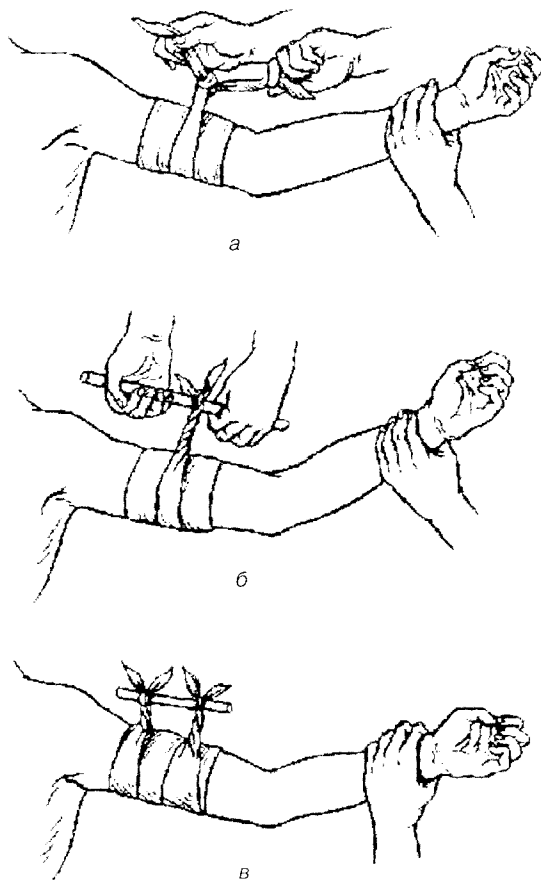
Максимальне згинання кінцівок — метод тимчасового зупинення кровотечі, що його використовують при кровотечі з ран біля основи кінцівки, яку фіксують у стані максимального згинання для стискання магістральних судин (мал. 27).



Мал. 27. Зупинення кровотечі шляхом максимального згинання кінцівки:
 а — схема зупинення кровотечі; б — здавлювання підключичної артерії;
 в, г — здавлювання плечової артерії; г — здавлювання стегнової артерії;
 д — здавлювання артеріальних стовбурів гомілки і ступні

Для посилення тиску на судину під коліно чи у пахвову ямку кладуть щільний валик із тканини. При пораненні підключичної артерії або кровотечі з рани верхньої кінцівки перетискують підключичну або плечову артерію. Для стискання підключичної артерії зігнуті в ліктях руки відводять назад і фіксують їх у такому положенні кількома обертами бинта (мал. 27, б). Плечову артерію і її гілки перекривають шляхом максимального згинання руки в ліктьовому суглобі і фіксування її в такому положенні (мал. 27, в, г). Цей прийом може бути застосований при артеріальній кровотечі із судин передпліччя і кисті.

При кровотечі зі стегнової артерії ногу максимально згинають у кульшовому суглобі і прибинтовують до тулуба (мал. 27, д). При кровотечі з артеріальних стовбурів гомілки і ступні здавлюють підколінну артерію. Для цього в підколінну ямку кладуть щільно скручений валик, потім максимально згинають ногу в колінному суглобі і фіксують її в такому положенні кількома шарами бинта або ременем (мал. 27, г).

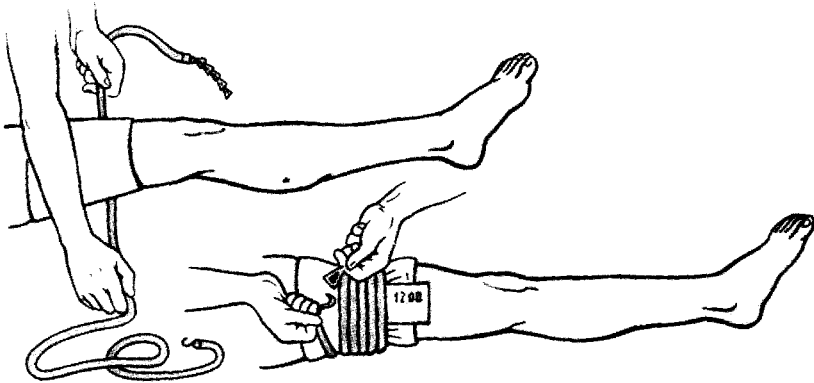


Мал. 28. Послідовність зупинення кровотечі шляхом циркулярного перетягування:
а, б — накладання імпровізованого джгута-закрутки; в — фіксація джгута-закрутки

Циркулярне перетягування — найпоширеніший і найнадійніший метод тимчасового зупинення кровотечі на кінцівках, який виконують за допомогою стандартного еластичного джгута, гумової трубки або імпровізованого джгута-закрутки (мал. 28). Кровоспинний джгут являє собою гумову стрічку завдовжки 125 см, завширшки 25 мм. На одному кінці стрічки є гачок, на другому — металевий ланцюжок. Джгут накладають на плече і стегно. Особливістю накладання джгута у ділянці верхньої третини плеча полягає у можливості травмування променевого нерва, а в нижній третині стегна — перетискання стегнової артерії супроводжується ушкодженням м'яких тканин. У нижній третині передпліччя і гомілок артерії проходять між кістками і їх не завжди вдається стиснути, окрім того, у цих місцях немає м'язів і під впливом може некротизуватися шкіра.

Правила накладання кровоспинного джгута

- Джгут накладають поверх одягу або на рівну прокладку, без складок, щоб не пошкодити шкіру між його витками, по можливості ближче до рани.



Мал. 29. Накладання кровоспинного джгута

- Однією рукою захоплюють кінець джгута, другою — його середину і, сильно розтягнувши, обводять 2—3 рази навколо кінцівки; вільні кінці джгута зав'язують вузлом або закріплюють за допомогою гачка і ланцюжка (мал. 29).

- До джгута або до одягу потерпілого прикріплюють записку з позначенням часу його накладання.

- Якщо джгут накладено правильно, кровотеча з рани припиняється, кінцівка стає блідою і холодною, периферійний пульс не визначається.

- У холодну пору року після накладання джгута кінцівку треба вкрити теплою ковдрою, щоб не сталося обмороження.

- Після накладання джгута проводять іммобілізацію кінцівки транспортною шиною, вводять знеболювальні засоби і хворого госпіталізують.

- Джгут можна залишати на кінцівці не довше ніж на 1,5 год, а в холодну пору року — на 30 хв.

- Якщо за цей час кровотеча не припинилась, джгут треба ослабити на кілька хвилин, а потім знову затягти. Загалом джгут може бути накладений на кінцівку не довше ніж на 2 год.

- Якщо джгут потрібно залишити надовше, його знімають і накладають на 1,5—2 см вище від попереднього місця накладання. Під час розслаблення джгута проводять пальцьове притискання магістральної судини.

Ускладнення, зумовлені неправильно накладеним джгутом: порушення рухової функції кінцівки внаслідок травми нервових стовбурів (параліч), венозний застій у кінцівці, посилення венозної кровотечі, змертвіння тканини, розвиток гангрени. Помилковим є накладання джгута при венозній або капілярній кровотечі, коли можна обійтися тугою пов'язкою.

Визначення основних показників дихання

Під час догляду за хворими із захворюваннями органів дихання потрібно стежити за частотою, глибиною та ритмом дихання. У нормі дихання беззвучне і непомітне для навколишніх. Зазвичай людина дихає через ніс із закритим ротом. У дорослої людини в спокої частота дихання (ЧД) становить 16—20 за хвилину, причому вдих

дівічі коротший за видих. Дихання характеризується частотою, ритмом, глибиною та періодичністю.

Частота дихання. Визначення ЧД проводять підраховуючи рухи грудної або черевної стінки протягом 1 хв. Це роблять непомітно для хворого, тримаючи його за руку, як для підрахунку пульсу. Отримані результати щодня заносять до температурного листка синім олівцем у вигляді графіка ЧД. ЧД залежить від віку, статі, положення пацієнта. У дорослої людини в спокої вона становить 16—20 за хвилину. Частота ЧД трохи більша, ніж у чоловіків. У немовлят ЧД сягає 40—45 за хвилину, з віком вона зменшується і до 20 років сягає ЧД дорослої людини. У положенні стоячи ЧД більша (18—20), ніж у положенні лежачи (12—14). У спортсменів ЧД становить 8—10 за хвилину. Зміна дихання за частотою: частішання — тахіпное, рідшання — брадипное.

Тахіпное — часте дихання, зумовлене дисфункцією дихального центру. Фізіологічних умовах (хвилювання, фізичне навантаження, споживання їжі) тахіпное короткочасне й швидко минає після припинення провокувального чинника.

Причинами патологічного тахіпное можуть бути:

- ураження легенів, що супроводжується зменшенням їхньої дихальної поверхні; обмеженням екскурсії легенів унаслідок зниження еластичності легеневої тканини; порушенням газообміну в альвеолах (накопиченням вуглекислоти в крові);
- ураження бронхів, що супроводжується утрудненням доступу повітря в альвеоли й частковим або повним закупорюванням їхнього просвіту;
- ураження дихальних м'язів і плеври, що супроводжується утрудненим скороченням міжребрових м'язів і діафрагми внаслідок різкого болю, паралічом діафрагми, підвищенням внутрішньочеревного тиску, що є однією з причин зниження дихальної екскурсії легенів;
- ураження ЦНС, зумовлене інтоксикацією і порушенням дихального центра;
- патологія серцево-судинної системи й органів кровотворення, що супроводжується розвитком гіпоксемії.

Найчастіше швидке дихання зумовлене поєднанням декількох причин. Наприклад, причинами почастішання дихання при пневмонії є зменшення дихальної поверхні легенів (нагромадження в альвеолах екссудату, набряклість альвеолярних стінок), болючість під час дихання (унаслідок розвитку супутнього плевриту), інтоксикація ЦНС (вплив токсинів, що циркулюють у крові, на дихальний центр, гарячка і рефлекторні впливи на дихальні центри від хворого органа).

Таким чином, почастішання дихання може бути зумовлене не тільки патологією органів дихання, а й порушеннями з боку серцево-судинної та нервової системи. Для диференціальної діагностики тахіпное використовують співвідношення ЧД:ЧСС. У здорових осіб співвідношення ЧД:ЧСС становить 1:4, тобто ЧСС випереджає ЧД; при захворюваннях органів дихання співвідношення ЧД:ЧСС становить 2:1, тобто ЧД випереджає ЧСС; при високій гарячці, навпаки, ЧСС набагато випереджає ЧД.

Брадипное — сповільнене дихання, зумовлене зниженням збудливості дихального центра. Фізіологічне брадипное можна спостерігати під час сну, гіпнозу.

Патологічно сповільнене дихання спостерігають у разі пригнічення дихального центра і зниження його збудливості, спричинене низкою причин, насамперед ураженням ЦНС: підвищення внутрішньочерепного тиску (пухлина мозку, спайковий процес, грижі); порушення гемодинаміки і розвиток гіпоксії (інсульт, набряк мозку,

агонія); екзо- і ендоінтоксикація (менінгіт, уремія, печінкова і діабетична кома); застосування анестетиків та інших лікарських препаратів (отруєння морфієм).

Брадипное рідше спостерігають при хронічних обструктивних захворюваннях легенів (хронічний обструктивний бронхіт, емфізема легенів, бронхіальна астма). У цих хворих можна виявити форсований видих (посилений видих за участю допоміжних м'язів шиї, плечового пояса). Різновидом сповільненого дихання є стридорозне — повільне гучне дихання, зумовлене різким здавлюванням гортані (пухлиною, зобом, набряком гортані, рідше — аневризмою аорти).

Глибина дихання. Глибину дихання визначають за обсягом вдихуваного і видихуваного повітря в спокійному стані. У здорової людини у фізіологічних умовах об'єм дихального повітря становить 500 мл. Залежно від зміни глибини дихальних рухів розрізняють поверхнєве і глибоке дихання.

Поверхнєве дихання (гіпноное) спостерігають при патологічному почастишанні дихання за рахунок скорочення обох фаз дихання (вдиху й видиху). Глибоке дихання (гіперпноное) частіше поєднується з патологічно сповільненим диханням. Наприклад, *“велике дихання Куссмауля”* або *“повітряний голод”* — рідке, глибоке, гучне дихання, зумовлене розвитком метаболічного ацидозу з подальшим подразненням дихального центра кислими продуктами; спостерігають у хворих із діабетичною, уремичною і печінковою комою.

Ритм дихання. Дихання здорової людини ритмічне, однакової глибини, тривалості й чергування фаз вдиху і видиху. При ураженні ЦНС дихання стає аритмічним: окремі дихальні рухи різної глибини бувають то частіші, то рідші. Іноді під час аритмічного дихання через певну кількість дихальних рухів з'являється подовжена пауза або короткочасна затримка дихання (апное). Таке дихання називається періодичним. До нього належать такі патологічні типи дихання: Чейна—Стокса, хвилеподібне дихання Грокко і дихання Біота.

Дихання Чейна—Стокса — періодичне патологічне дихання, що характеризується тривалою (від кількох секунд до 1 хв) дихальною паузою (апное), після якої безшумне поверхнєве дихання швидко наростає за своєю глибиною, стає гучним і досягає максимуму на 5—7-му вдиху, потім у тій же послідовності убуває і закінчується наступною короткочасною паузою (апное). Хворий під час паузи погано орієнтується в навколишньому просторі або повністю непритомніє, після відновлення дихальних рухів він приходить у себе. Дихання Чейна—Стокса зумовлене зниженням збудливості дихального центра, гострою або хронічною недостатністю мозкового кровообігу, гіпоксією мозку, тяжкою інтоксикацією і є прогностично несприятливою ознакою. Часто трапляється в сні в осіб похилого віку з вираженим церебральним атеросклерозом, у хворих із хронічною недостатністю мозкового кровообігу, хронічною нирковою недостатністю (уремія), вживанням наркотичних засобів (морфію).

“Хвилеподібне дихання” Грокко або дисоційоване дихання характеризується хвилеподібною зміною глибини дихання й відрізняється від дихання Чейна—Стокса відсутністю періодів апное. Дихання Грокко зумовлене ураженням координаційного центра дихання, спричинене хронічним порушенням мозкового кровообігу. Частіше спостерігають при абсцесі головного мозку, менінгіті, пухлині мозку.

Дихання Біота — періодичне патологічне дихання, характеризується ритмічними, але глибокими дихальними рухами, що чергуються через однакові проміжки часу з тривалою (від декількох секунд до півхвилини) дихальною паузою. Дихання

Біота зумовлене глибоким розладом мозкового кровообігу і спостерігається у хворих менінгітом та в стані агонії.

Таким чином, виявлені порушення частоти, ритму, глибини дихання і поява цих патологічних форм (Чейна—Стокса, Біота, Грокко, Куссмауля) є характерними симптомами ураження дихальної системи.

Задишка — відчуття нестачі повітря, що супроводжується порушенням частоти, ритму й глибини дихання, в основі якого лежить розвиток гіпоксії тканин.

Розрізняють фізіологічну і патологічну задишку. *Фізіологічна задишка* — це компенсаторна реакція організму з боку дихальної системи у відповідь на значне фізичне або емоційне навантаження; проявляється частим і глибоким диханням, короткочасна, минає самостійно у спокої протягом 3—5 хв і не спричинює неприємних відчуттів. *Патологічна задишка* — більш стійке порушення частоти, ритму й глибини дихання, що супроводжується неприємними відчуттями (стиснення в грудях, відчуття нестачі повітря), зумовлена ураженням різних органів і систем, передусім дихальної і серцево-судинної.

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ПАТОЛОГІЧНОЇ ЗАДИШКИ

- Порушення процесу оксигенації крові у легенях, що зумовлено: а) порушенням прохідності повітронесних шляхів (запальні, інфекційно-алергійні, пухлинні процеси); потрапляння стороннього предмета в дихальні шляхи; травми грудної клітки; уроджена патологія органів дихання і грудної клітки; б) ушкодження паренхіми легенів (пневмонія, емфізема легенів, пневмосклероз, інфаркт легені, туберкульоз, абсцес); в) зміни з боку плевральної порожнини з обмеженням дихальної експірації і здавлюванням легеневої тканини (ексудативний плеврит, пневмогідроторакс, плевральні спайки і рубці після перенесеного гнійного плевриту); г) зміни з боку тканин грудної клітки, що обмежують її рухливість і вентиляцію легенів (уроджена і набута деформація, переломи, періостит, міозит, невралгії).

- Порушення транспорту газів, зумовлене ураженням серцево-судинної системи (хвороба серця, кардіосклероз, міокардит, артеріальна гіпертензія) і органів кровотворення (анемія, лейкоз).

- Порушення обміну речовин, що супроводжується підвищеною потребою організму в кисні: ендокринні захворювання (тиротоксикоз, цукровий діабет, хвороба Ітінга—Кушінга); злаякісні новоутворення.

- Порушення регуляторних механізмів дихання (захворювання центральної нервової та ендокринної систем).

- Зміни складу вдихуваного повітря (вологість, тиск, температура, забруднення, професійні шкідливості й отруєння токсичними речовинами та отрутами).

Патологічну задишку розрізняють: стосовно хворого — суб'єктивна, об'єктивна, змішана; за часом появи — постійна, тривала, нападopodobна або пароксизмальна; за структурою дихального циклу — інспіраторна, експіраторна, змішана.

Клінічно задишка може проявлятися суб'єктивними й об'єктивними ознаками. Суб'єктивну розрізняють суб'єктивну, об'єктивну і змішану задишку. *Суб'єктивна задишка* — порушення дихання, що проявляється суб'єктивним відчуттям стиснення в грудях, нестачею повітря, утрудненим вдихом або видихом; характерна для істерії, невралгій. *Об'єктивна задишка* — порушення дихання, що проявляється переривчастою дихальною (хворий під час розмови ловить ротом повітря), тахіпноє (ЧД більше 30 за хвилину), порушенням ритму дихання, участю в диханні допоміжних м'язів (напру-

женість шийних і трапецієподібних м'язів), появою ціанозу; спостерігають при захворюваннях легенів, серця, ЦНС, м'язової системи.

Залежно від структури дихального циклу й особливостей його фаз розрізняють три види задишки: інспіраторну, експіраторну й змішану. *Інспіраторна задишка* — порушення дихання з утрудненим (подовженим) вдихом, зумовленим однією з причин, зазначених нижче:

- порушення прохідності дихальних шляхів унаслідок звуження їх або здавлювання: дифтерія (справжній круп), ГРВІ у дітей (несправжній круп), алергійний набряк у ділянці гортані, пухлина гортані або здавлювання гортані пухлиною ззовні, збільшеною щитоподібною залозою;

- здавлювання та обмеження екскурсії легенів: гідро- і пневмоторакс, деформація грудної клітки, парез або параліч дихальних м'язів, спайковий процес у плевральній порожнині;

- порушення розправлення легенів: пневмофіброз, рубці;

- позалегенові причини: аневризма аорти, пухлини середостіння, збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

До різновиду інспіраторної задишки можна віднести *стридорозне дихання* — гучне дихання з утрудненим вдихом, що супроводжується свистом (унаслідок сильного звуження верхніх дихальних шляхів і трахеї); спостерігають у разі потрапляння стороннього предмета в дихальні шляхи або здавлювання їх пухлиною ззовні, рубцями або збільшеними лімфовузлами.

Експіраторна задишка — порушення дихання з утрудненим (подовженим) видихом, зумовлене порушенням прохідності дрібних бронхів і бронхіол (бронхіальна астма, хронічний обструктивний бронхіт, бронхоліт). В основі механізму експіраторної задишки лежить раннє експіраторне закриття (спадання) дрібних бронхів (колапс бронхів) у відповідь на збільшення лінійної швидкості надходження повітря й зменшення його бічного тиску, що призводить до спазму бронхів (феномен Бернуллі), а також набряк слизової оболонки і нагромадження в'язкого секрету в просвіті бронхів, що тяжко відділяється, зниження еластичних властивостей бронхової стінки.

Змішана задишка — порушення дихання у зв'язку з одночасним утрудненим вдихом і видихом; частіше спостерігають у разі зменшення дихальної поверхні легенів (пневмонія, гідро- і пневмоторакс, ателектаз легенів, інфаркт легенів), рідше у разі високого стояння діафрагми, що обмежує екскурсію легенів (вагітність, асцит, метеоризм, масивні пухлини черевної порожнини, у тому числі печінки й селезінки), а також у разі поєданого ураження серця й легенів.

За періодичністю і часом появи виділяють постійну, періодичну й нападopodobну (пароксизмальну) задишку. *Постійна* задишка зберігається в спокої і посилюється за найменшого фізичного навантаження; спостерігають при тяжких формах дихальної і серцевої недостатності, емфіземі легенів, пневмосклерозі, вадах серця. *Періодична* (тривала) задишка розвивається в розпал тяжких захворювань (пневмонія, ексудативний плеврит, обструктивний бронхіт, пневмо- і гідроторакс, міокардит, перикардит) і зникає після одужання. *Нападopodobну* задишку, що виникла раптово у вигляді нападу, спостерігають при бронхіальній і серцевій астмі.

Астма (ядуха) — гострий напад задишки, зумовлений різким порушенням дихального центра. Це об'єктивна ознака гострої дихальної недостатності внаслідок раптового спазму, набряку слизової оболонки бронхів або потрапляння стороннього

предмета. Основним і характерним клінічним проявом астми є раптове її виникнення та інтенсивність; відчуття нестачі повітря, швидке наростання об'єктивних ознак дихальної недостатності — дифузний ціаноз, набрякання шийних вен, тахіпное більше ніж 30 за хвилину, вимушене положення — ортопное зі спиранням на руки (бронхіальна астма) і без спирання на руки (серцева астма).

Клінічна характеристика нападу бронхіальної астми: починається раптово проясом доби, частіше вночі, нападу часто передують провісники (закладеність носа, свистання, водянисті виділення з носа, сухий надсадний кашель, сонливість, позіхання, відчуття стиснення в грудях і гостра нестача повітря). Хворий не спроможний дихнути повітря, що переповнює грудну клітку, і, щоб посилити видих, він сідає на ліжко, впирається в нього руками, включаючи таким чином в акт дихання не тільки дихальні, але й допоміжні м'язи плечового пояса та грудної клітки. Дехто з хворих збуджений, підбігає до вікна і широко його розчиняє, стає біля нього, спи-рається руками на стіл, підвіконня. Характерним є рідке дихання з подовженим вихідним видихом, багато сухих дистанційних (чути на відстані) хрипів. Грудна клітка ніби застигає в положенні максимального вдиху з піднятими ребрами і "випну-ти" міжребровими проміжками. Часто напад астми супроводжується кашлем із великою кількістю в'язкого склоподібного харкотиння, що його хворий насилу кашлює.

Перша долікарська допомога при астмі: 1) посадити хворого або допомогти йому встати напівсидячого положення; 2) звільнити грудну клітку від одягу, що здавлює її; 3) забезпечити приплив свіжого повітря й кисню; 4) покласти грілку до ніг; 5) повідомити лікареві й виконати всі його призначення щодо надання невідкладної допомоги.

Кашель — рефлекторно-захисний акт у вигляді поштовхоподібного форсованого видиху у відповідь на подразнення рецепторів дихальних шляхів і плеври. Це важливий симптом ураження органів дихання. При серцевій недостатності кашель зумовлений застійними явищами в легенях (застійний бронхіт, гіпостатична пневмонія). Механізм кашлю являє собою глибокий вдих і швидкий посилений видих із закритою голосовою щілиною на початку видиху. За звуковим ефектом його можна порівняти з "повітряним пострілом через звужену голосову щілину".

За ритмом виокремлюють постійний, періодичний і нападаподібний кашель. **Постійний кашель** — це окремі кашльові поштовхи (покахикування), характерний для хронічного ларингіту, трахеїту, бронхіту, початкової форми туберкульозу, недостатності кровообігу, іноді спостерігають при неврозах, часто — в курців у ранкові години. **Періодичний (бронхолегеневий) кашель** — це один за одним кашльові поштовхи, що повторюються з деякими проміжками; спостерігають при хронічних захворюваннях (у період загострення): бронхіт, туберкульоз легенів. **Нападаподібний кашель** — зі швидкими один за одним кашльовими поштовхами, що перериваються гучним видихом; спостерігають у разі потрапляння стороннього предмета в дихальні шляхи, кашлюку, каверн, ураження бронхових лімфовузлів.

За тембром виділяють кашель: обережний, гавкучий, сиплий, беззвучний. **Обережний короткий кашель**, що супроводжується хворобливою гримасою, спостерігають при сухому плевриті, на початку пневмонії. **Гавкучий кашель** — голосний, уривчастий, сухий, зумовлений набряканням переважно помилкових або одночасно несправжніх і справжніх голосових зв'язок; спостерігається при ларингіті, а також при набряканні трахеї (пухлиною, зобом), істерії. **Сиплий кашель** зумовлений уражен-

ням справжніх голосових зв'язок; спостерігають при ларингіті. *Беззвучний кашель* зумовлений ураженням і руйнуванням голосових зв'язок (рак, туберкульоз, сифіліс гортані) або паралічом їхніх м'язів, що призводить до недостатнього змикання головної щілини. Також беззвучним стає кашель при різкій загальній слабості у хворих із тяжкими виснажливими хворобами.

Розрізняють кашель непродуктивний (сухий без мокротиння) і продуктивний (вологий із мокротинням). *Сухий (непродуктивний) кашель* без виділення мокротиння спостерігають при так званому сухому бронхіті, у ранній стадії пневмонії (особливо вірусної), початковому інфаркті легені, нападі бронхіальної астми, плевриті, емболії дрібних гілок легеневої артерії. *Вологий (продуктивний) кашель* супроводжується виділенням мокротиння; характерний для гострої стадії бактеріальної або вірусної інфекції (бронхіт, пневмонія, трахеїт), порожнинних утворень у легенях (бронхоектази, абсцес, рак у стадії розпаду, кавернозна форма туберкульозу). Кількість, характер, колір і запах харкотиння має важливе діагностичне значення при захворюваннях бронхолегеневої системи.

За часом появи розрізняють кашель ранковий, вечірній і нічний. *Ранковий кашель* — “кашель під час вмивання” (5—7-а година ранку) зумовлений нагромадженням мокротиння упродовж ночі та утрудненим його відходженням; спостерігають при хронічних запальних процесах верхніх дихальних шляхів (носоглотки, придаткових пазух, зівя, гортані, трахеї); у хворих із порожнинними утвореннями в легенях, в алкогаліків і курців. *Вечірній кашель* зумовлений ваготонією у вечірні години; спостерігають при бронхіті, пневмонії. *Нічний кашель* пов'язаний з нічною ваготонією; спостерігають у разі збільшення бронхолегених лімфовузлів, при туберкульозі легенів.

Діагностичне значення різних варіантів кашлю. *Сухий нападopodobний кашель*, що не приносить полегшення, — типова відповідна реакція організму на вдихання подразливих речовин або потрапляння стороннього тіла; характерний для ранньої стадії пневмонії (особливо вірусної), інфаркту легені, початкової стадії бронхіальної астми, легеневої емболії. *Тривалий сухий виснажливий кашель* зазвичай зумовлений ендобронховою пухлиною, здавлюванням великих бронхів або трахеї ззовні (збільшеними лімфовузлами середостіння), а також застійною серцевою недостатністю. *Коклюшеподобний кашель* — болісний напад сухого кашлю, що змінюється глибоким диханням із подовженим свистом; зумовлений звуженням просвіту дихальних шляхів (пухлиною, судомним спазмом або гострим набряком голосових зв'язок). Якщо напад затягується, то з'являється ціаноз шиї та обличчя, набрякання шийних вен унаслідок підвищення внутрішньогрудного тиску і порушення відтоку крові в праве передсердя. *Сухий кашель* нагадує свистячий утруднений вдих (стридор), нерідко виникає вночі, зумовлений різким звуженням трахеї та великих бронхів (пухлиною, збільшеними лімфовузлами). *Тривалий нападopodobний кашель*, що завершується відходженням мокротиння, особливо з тяжким нападом перед сном і болючим синдромом, вираженим уранці (після сну); характерний для хронічного бронхіту. *Рефлекторний кашель* спостерігають при подразненні зовнішнього слухового ходу, опущенні ніг у холодну воду, у дітей під час сну, коли вони розкриваються (переохолодження), а також унаслідок натиснення на печінку, при апендициті, холециститі.

Перша долікарська допомога при кашлі: 1) надати хворому зручного положення (сидячи або напівлежачи), при якому зменшується кашель; 2) дати тепле питво.

дано молоко з натрію гідрокарбонатом або з мінеральною водою типу боржомі; тепло вкрити, щоб запобігти переохолодженню; 4) забезпечити надходження свіжого повітря; 5) якщо кашель супроводжується виділенням значної кількості харкотиння, декілька годин на добу хворому надавати дренажне положення, що сприяє швидкому відходженню харкотиння; 6) навчити хворого правильно поводитися з харкотинням: збирати тільки в плювальницю або баночку з щільною кришкою.

Контрольні питання

1. Як визначити пульс на променевій артерії?
2. Дати характеристику основних властивостей пульсу.
3. Правила та методика визначення АТ.
4. Нормативні показники АТ.
5. Перша долікарська допомога у разі підвищення АТ.
6. Перша долікарська допомога у разі зниження АТ.
7. Назвати основні види зупинення кровотечі.
8. Правила накладання кровоспинного джгута.
9. Як визначити частоту дихання?
10. Які види задишки ви знаєте? Їх діагностичне значення.
11. Назвіть патологічні типи дихання, їх характеристика та діагностичне значення.
12. Перша долікарська допомога хворому на астму.

ЗАСТОСУВАННЯ ОСНОВНИХ ВИДІВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Застосування різних лікарських препаратів називається *фармакотерапією*. Фармакотерапія вивчає природні речовини (трави, мінерали тощо), а також речовини, синтезовані хімічним шляхом.

Класифікація лікарських препаратів

За механізмом терапевтичної дії:

Етіотропна — лікарський препарат впливає безпосередньо на причину, що спричинила захворювання (наприклад, антибіотики, сульфаніламідні препарати знищують збудників запальних або інфекційних захворювань).

Патогенетична — лікарський препарат впливає на певні ланки патологічного процесу (застосування гіпотензивних препаратів у хворих на гіпертонічну хворобу).

Симптоматична — лікарський препарат призначають для усунення певного симптому (застосування препаратів від болю голови у хворого з гіпертонічним кризом).

Замінна — лікарський препарат поповнює нестачу якоїсь речовини в організмі (вітамін, гормони, ферменти).

За місцем дії:

Місцева — препарат безпосередньо діє на тканину (мазі, пасти, присипки тощо).

Загальна — препарат впливає на організм після потрапляння його в кров.

За дією на організм:

Головна дія лікарського препарату — це, коли він діє відповідно до мети свого призначення, та *побічна* — це, коли препарат негативно впливає на організм. *Побічна дія* проявляється: а) непереносимістю препарату (так звана ідіосинкразія) з алергійними реакціями, проявами тієї чи тієї хвороби (наприклад, кандидамікозу внаслідок уживання антибіотиків); б) толерантністю (звиканням) до лікарського препарату, що його вживають протягом тривалого часу. Наприклад, у разі тривалого вживання нітроглицерину його ефективність значно знижується і щоб досягти лікувального ефекту, треба давати хворому більшу дозу цього препарату. Це стосується снодійних і проносних засобів. У разі тривалого та неправильного призначення наркотичних препаратів виникають наркоманії або токсикоманії.

Терапевтична дія будь-якої лікарської речовини настає лише у разі введення певної її кількості. З урахуванням цього розрізняють такі дози препаратів:

- *терапевтична* (середньотерапевтична) — звичайна доза лікарського препарату, що коливається залежно від віку, статі хворого, фізіологічного стану організму, наявності інших хвороб. При цьому є разова і добова дози;
- *токсична доза* спричинює отруєння організму;
- *смертельна доза* спричинює смерть хворого.

Слід знати, що у разі призначення декількох препаратів можуть виникати поєднання, тобто посилення дій лікарських препаратів; несумісність лікарських препаратів, яка буває хімічною (одночасне призначення препаратів, що мають кисла лужну реакцію), фармакологічною, коли одночасно вживаються препарати, мають протилежний вплив на одні й ті самі органи або їхні функції.

Виписування, зберігання та облік ліків

I. Виписування ліків

У відділенні лікарні ліки виписує старша медична сестра. Порядок надходження ліків у відділення:

- Лікар записує призначення у листку призначень.
- Палатна медична сестра щодня складає заявки на потрібні лікарські препарати та передає їх старшій медичній сестрі.
- Старша медична сестра на підставі цих заявок складає спеціальну заявку за підписом завідувача відділення і направляє її до аптеки. Корінець цієї заявки залишається у відділенні.
- Наркотичні, отруйні препарати, спирт випишують на окремих заявках.
- На підставі заявок аптека видає лікарські препарати.
- Старша медична сестра перевіряє відповідність виданих лікарських препаратів назві, наявність етикеток, відповідність їх назви препарату, його дозі. Ретельно перевіряє термін придатності препарату.
- Якщо у старшої медичної сестри виникає сумнів з приводу якихось ліків або вичерпився термін реалізації якогось препарату, вона повертає їх до аптеки.
- Придатні до застосування лікарські засоби старша медична сестра передає чергової медичній сестрі.

II. Зберігання лікарських засобів (Додаток 3, накази № 356, 490, 584)

Зберігати ліки необхідно у відповідному посуді: настої, мікстури — у літрових та півлітрових банках; краплі — у маленьких пляшках; мазі — у маленьких банках.

Медична сестра самостійно не може змінювати упаковку на ліках, переливати ліки з одного посуду в інший. Категорично забороняється зривати етикетки або закривати написи на них, наклеювати нестандартні етикетки, складати в один пакет різні таблетки та порошки.

Різні лікарські препарати потребують різних умов зберігання. Зокрема, мікстури, розчини, вакцини, краплі для очей швидко псуються, тому їх зберігають у холодильнику. Інші лікарські форми зберігають у сухому прохолодному місці у спеціальних шафах із системою шухляд, які маркуються та закриваються.

Окремо в шафах зберігають:

- отруйні та наркотичні речовини **групи “А”** (Додаток 3, наказ № 490);
- сильнодіючі речовини **групи “Б”** (Додаток 3, наказ № 490).

Шафи закриваються на ключ, який постійно зберігається у медичної сестри на посту. На внутрішньому боці дверцят прикріплюють список препаратів, які зберігаються в шафі.

Шафа обладнана окремими полицями для препаратів, що їх вводять внутрішньо, стерильних розчинів для зовнішнього застосування, речовин із силь-

ним запахом, легкозаймистих речовин (спирт, ефір), для перев'язувальних матеріалів.

Потрібно стежити за терміном зберігання ліків. Мікстури зберігають у холодильнику протягом 5 діб, відвари — 3 доби, розчин пеніциліну — до однієї доби, краплі для очей — до 3 діб, стерильні розчини в закритих пляшках — 10 діб.

III. Облік медикаментів

Облік медикаментів веде *старша медична сестра*, у неї зберігається і журнал обліку лікарських препаратів, підписаний головним лікарем. Після того як старша медична сестра видасть ліки палатній медичній сестрі, вона реєструє кількість ліків, указує прізвище хворого, номер його історії хвороби.

На посту *медичної сестри* зберігається журнал обліку наркотиків. Він прошнурований, пронумерований, підписаний головним лікарем і скріплений печаткою. У цьому журналі чергова медична сестра веде облік використаних наркотиків, відмічає номер історії хвороби, прізвище хворого, кількість використаних ліків (Додаток 3, наказ № 356).

Внутрішнє застосування ліків

Перевага і недоліки внутрішнього застосування ліків. Перевага застосування лікарських речовин усередину полягає в тому, що вживають їх у нестерильному вигляді і в різних формах (порошках, таблетках, краплях, капсулах, мікстурах). *Недоліком* внутрішнього застосування ліків є повільне всмоктування їх, часткове руйнування травними соками, унаслідок чого не завжди можливе підтримання потрібної концентрації препарату в кров'яному руслі.

Пероральне використання ліків

Уживання лікарських препаратів через рот є найпоширенішим способом, бо має значні переваги, а саме: він найбільш фізіологічний; зручний у використанні; можна застосовувати різні лікарські форми; коли треба безпосередньо впливати на травний шлях, він незамінний. Прикладом цього можуть бути введення антацидних (протикислотних) препаратів, які гальмують підвищене вироблення хлоридної кислоти клітинами слизових залоз шлунка при виразковій хворобі шлунка або дванадцятипалої кишки, або введення травних ферментів при порушенні секреції травних залоз.

Метод уживання лікарських препаратів через рот має певні недоліки:

- препарат тривалий час не всмоктується;
- виникають труднощі у створенні та підтриманні певної концентрації лікарського препарату в крові;
- деякі лікарські препарати руйнуються в травному каналі або печінці;
- певні групи препаратів (наприклад, саліцилати) значно подразнюють травний канал;
- уживання лікарського препарату неможливе, якщо у хворого порушений акт ковтання; у такому разі лікарські препарати вводять через тонкий зонд у розчиненому вигляді;
- складно уживати ліки дітям, психічнохворим, збудженим хворим.

Через рот уживають тверді (таблетки, порошки, капсули, драже) та рідинні (мікстури, відвари, настоянки, настої, емульсії) лікарські форми.

Призначаючи лікарські препарати вживати через рот, слід урахувати такі чинники:

- якщо лікарський препарат подразнює травний канал (ацетилсаліцилова кислота, препарати заліза), слід уживати його після їди;
- препарати, що стимулюють травлення (жовчогінні, ферментні, шлунковий сок), уживають під час їди;
- антацидні препарати, що знижують кислотність шлункового соку, уживають перед їдою.

Правила роздавання ліків хворим

1. У листі призначень лікар вказує потрібні препарати хворому, визначає індивідуально дозу, кількість уживань на добу, шлях уведення і ставить свій підпис проти дати призначення.
2. Перед роздаванням ліків медична сестра обов'язково миє руки.
3. Виконуючи призначення лікаря, медична сестра керується журналом, що є посту, або листком призначень лікаря.
4. Разові призначення (снодійні, препарати від болю голови) медична сестра пише в історії хвороби.
5. Уживання більшості ліків залежить від часу споживання їжі, а саме:
 - натще вживають проносні препарати, мінеральні води, жовчогінні трави;
 - після їди (через 30 хв) — препарати, що подразнюють слизову оболонку травного каналу (бром, ацетилсаліцилову кислоту, препарати заліза), травні ферменти;
 - перед їдою — шлунковий сік, лужні препарати, препарати, що діють на патогенну флору кишок (фталазол, імодіум);
 - під час їди — травні ферменти, жовчогінні препарати, препарати заліза;
 - у проміжках між їдою — усі індивідуальні для функції травного каналу лікарські препарати (сульфаніламідні, антибіотики тощо);
 - снодійні — за 30 хв до сну;
6. Перед роздаванням ліків медична сестра обов'язково звіряє етикетку на упакуванні з призначеннями, перевіряє термін придатності ліків, один раз на добу розкладає ліки згідно з їх уживанням. Ліки розкладені у спеціальному ящику на переносному століку.
7. Хворі вживають ліки тільки в присутності медичної сестри або лікаря.
8. Хворі, які самостійно пересуваються, одержують ліки біля поста медичної сестри самі; тяжкохворим медична сестра приносить ліки в палату і допомагає їх випити, дає запити перевареною водою із поїльника.
9. Водні розчини ліків, відвари дають хворим у градуйованих мензурках з мітками: 5, 10, 15 та 20 мл.
10. Спиртові розчини (наприклад, корвалол) відмірюють краплями в мензурку, додають туди 10—15 мл води, змішують і дають випити хворому. Ці препарати обов'язково потрібно запити водою.
11. Порошок висипають на язик, ближче до кореня, де менше смакових чутливих рецепторів, і дають запити невеликою кількістю води. Якщо порошки дуже неприємні на смак, до них можна додати трохи цукру.
12. Ліки в капсулах не рекомендується розжовувати, а слід проковтнути капсулу цілою; пояснить хворому призначення капсули.
13. Запропонуйте хворим запити ліки перевареною водою.
14. Якщо хворий уживає йодумісні препарати або препарати ацетилсаліцилової кислоти, запропонуйте запити їх молоком.
15. Калійумісні препарати порекомендуйте запити томатним соком.

16. Якщо хворий уживає ліки, що містять кислоти або препарати заліза, порекомендуйте після вживання прополоскати рот перевареною водою, щоб не псувалися зуби.

17. Поясніть хворим, що в період уживання ліків протягом доби потрібно багато пити, тому що з організму лікарські речовини виводяться переважно нирками. Недостатнє і несвоєчасне виведення їх з організму спричинює виникнення сечокам'яної хвороби.

18. У листку призначень зробіть відмітку про виконання.

Запам'ятайте!

– Не видавати хворому в руки всю добову дозу ліків, тому що він може вжити їх одразу, а це може стати причиною отруєння.

– Не залишати ліки біля хворого на тумбочці, бо часто хворі вживають їх із запізненням, а іноді й зовсім не вживають.

– Якщо випадково ви дали хворому інші ліки або перевищили дозу, негайно повідомити лікаря.

– Не давати хворому лікарські препарати без призначення лікаря, оскільки навіть звичайні ліки в певних ситуаціях можуть призвести до тяжких наслідків.

– Про всі скарги хворого на неприємні відчуття від ужитих ліків або про відмову хворого від їх уживання негайно повідомити лікаря.

– Якщо ліки неприємні на смак або запах, хворого треба попередити про це і порекомендувати найліпший спосіб уживання таких ліків.

– Якщо ліки впливають на забарвлення калу або сечі, слід попередити хворого про це.

– З появою найменших ознак неадекватної реакції на ліки або ускладнення медична сестра має негайно повідомити про це лікареві.

Медична сестра не може самостійно призначити хворому ліки або змінити призначення лікаря. Це вона може зробити тільки в тому разі, якщо лікар відсутній у відділенні (наприклад, анальгін при болю голови). Водночас медична сестра, безпосередньо спостерігаючи за хворими, може затримати призначення лікаря, наприклад, якщо хворий погано переносить препарат або в нього виникла алергічна реакція, коли потреба у призначенні певного лікарського препарату відпала, наприклад, якщо хворий, котрому призначили снодійні, заснув.

Медична сестра має пам'ятати про важливу роль віри хворого в успішність призначеного лікування, тому вона не має права пропустити точного часу роздавання ліків, зневажливо ставитися до призначення того чи того препарату.

Сублінгвальне вживання лікарських засобів

Уживати лікарські препарати можна під язик — *сублінгвально*. Переваги методу. Оскільки слизова оболонка ротової порожнини, особливо її дна, багата на кровоносні судини, це забезпечує досить швидке та повне всмоктування лікарських речовин; лікарська речовина не руйнується у травному тракті травними ферментами і не інактивується печінкою, оскільки обминає її.

Цим методом можна вводити лише такі ліки, які хворі вживають у невеликих дозах (нітрогліцерин, валідол, статеві гормони). Нітрогліцерин або валідол у таблетках кладуть під язик до повного розсмоктування їх; а у вигляді спиртових крапель — 2–3 краплі нітрогліцерину або 5–6 крапель валідолу капають на шматочок цукру і кладуть під язик до повного розсмоктування.

Ректальне використання лікарських засобів

Уводити лікарські препарати можна через пряму кишку — **ректально**.

Показання: захворювання прямої кишки (геморої, запалення слизової оболонки), нестримне блювання, непрохідність стравоходу, порушений акт ковтання, а також збудженим психічнохворим.

Переваги методу. Дає можливість безпосередньо впливати на уражену слизову оболонку прямої кишки; через наявність анастомозів між гемороїдальними та клубовими венами ліки, що всмоктуються в прямій кишці, обминають ворітну вену та печінку, а тому не руйнуються в останній.

Недоліки методу полягають у тому, що більшість лікарських препаратів не всмоктується у прямій кишці і це обмежує кількість препаратів, які можна вводити саме так (наприклад, глюкоза, хлоралгідрат, серцеві глікозиди в ізотонічному розчині натрію хлориду).

Ректально вводити лікарські препарати можна двома методами: 1-й — вводити лікарський препарат резорбтивної, тобто загальної, дії, що його вводять для впливу на організм у цілому, через лікувальні мікроклізми, крапельні клізми, лікувальні свічки (наприклад, свічки з антипірином широко застосовують для зниження високої температури тіла, особливо у дітей); 2-й — вводити лікарський препарат місцевої дії (наприклад, при геморої, запаленні слизової оболонки прямої кишки). При цьому застосовують ті самі лікарські форми, але до їх складу входять інші препарати.

Використання лікарських засобів через норицю

Уводять лікарські препарати **через норицю** — **штучну норицю шлунка** при непрохідності стравоходу, після операцій на ньому або на шлунку. При цьому всі лікарські речовини вводять у рідинному стані або у вигляді суспензій, олійних розчинів. Зазвичай це виконують до годування хворого чи після через норицю.

Зовнішнє застосування лікарських препаратів

Черезшкірне застосування лікарських препаратів

а) змащування шкіри:

- на пластмасову або дерев'яну паличку намотати трохи стерильної вати у вигляді тампона;
- ватний тампон змочити у дезінфекційному розчині (йодонат, 1 % спиртовий розчин брильянтового зеленого) для проведення знезараження ушкодженої шкіри (наприклад, для знезараження подряпин);
- змастити шкіру в ділянці ушкодження і навколо нього;
- для проникнення дезінфекційної речовини в товщу шкіри змащування робити 1—3 рази на день декілька днів;
- при гноячкових висипах шкіру змащувати навколо вогнищ ураження в напрямку від периферії до центру;
- якщо потрібно змастити волосисту ділянку шкіри, волосся можна вистригти. Якщо це зробити неможливо, шкіру та волосся змастити в напрямку росту волосся;

б) розтирання шкіри — це спосіб уведення лікарських препаратів крізь шкіру без порушення її цілості. Під впливом тертя та розминання шкіра розігрівається, у ній посилюється крово- та лімфообіг, розширюються вивідні протоки сальних та пото-

вих залоз, через які речовина легко всмоктується. Розтирання шкіри проводять у тих ділянках, де немає волосяного покриву;

- шкіру в ділянці розтирання ретельно вимити теплою водою з милом;
- зробити легкий масаж шкіри (для поліпшення крово- та лімфообігу і для ліпшого всмоктування лікарського препарату);

- налити в чисту долоню невелику кількість рідини (камфорного спирту, 70 % етилового спирту, меновазину), нанести на шкіру, рівномірно розподіливши її по поверхні. Коловими рухами рідину втирати пальцями у шкіру, доки остання не стане сухою. Потім налити ще трохи рідини в долоню і повторити все спочатку. Так зробити декілька разів протягом 3—5 хв;

- після розтирання пацієнта вкрити ковдрою;

в) застосування мазі: мазь на жировій основі затримує випаровування води, закупорює вивідні протоки сальних і потових залоз. Під впливом мазі розм'якшується роговий шар, що посилює всмоктування лікарської речовини шкірою. Отже, ліки, що входять до складу мазі, проникають у шкіру глибше. Є декілька способів застосування мазі.

I спосіб

1. Очистити шкіру ураженої ділянки.
2. Нанести мазь (0,5—1 г) за допомогою стерильного шпателя або видавлюючи її із тубика.
3. Шпателем розрівняти мазь рівномірно тонким шаром.
4. Змашену ділянку на деякий час залишити відкритою.

II спосіб

1. Очистити шкіру ураженої ділянки.
2. Зробити легкий масаж.
3. Нанести мазь, рівномірно розрівнюючи її на поверхні шкіри.
4. Змашену шкіру розтерти протягом 3—5 хв.
5. На ділянку втирання мазі накласти чисту полотняну серветку.
6. Пацієнта вкрити ковдрою.

III спосіб

1. Очистити шкіру ураженої ділянки.
2. Невелику кількість мазі накласти на стерильну марлеву серветку.
3. Марлеву серветку з маззю прикріпити до ураженої ділянки лейкопластиром.

IV спосіб

1. Очистити шкіру ураженої ділянки.
2. Марлеву серветку з маззю накласти на уражену ділянку.
3. Вирізати клапоть компресного паперу за розміром на 2—3 см більшим від марлевої серветки.

4. Накласти компресний папір на марлеву серветку.

5. Зафіксувати компрес бинтовою пов'язкою так, щоб він щільно прилягав до поверхні шкіри, але не обмежував рухів і не здавлював кровоносних судин. Таку пов'язку можна тримати протягом 12—24 год.

V спосіб

1. Нанести 0,5—1 г мазі (наприклад 2 % мазі "Нітро") на шкалу дозованого паперу, який входить у комплект з тубиком, заповненим маззю.

2. Папір із маззю щільно прикріпити до шкіри верхньої частини грудної клітки, де відсутнє волосся, притримувати рукою доти, доки не зменшиться біль у серці;

г) **застосування пластиру**: пластр є різний: фіксувальний, бактерицидний, гірчичний, мозольний та ін. Бактерицидний пластр застосовують так:

- очистити шкіру ураженої ділянки;
- зняти захисну плівку пластиру;
- закріпити пластр, розгладжуючи його липку частину пальцями;
- зняти пластр через 2—3 дні;

г) **застосування присипки** для зменшення подразнення шкіри, її підсушування та дезінфекції:

- присипку застосовувати після душу, ванни або місцевого туалету ураженої ділянки шкіри;
- флакон з присипкою дещо струсити;
- зняти кришку з флакона;
- змінюючи положення обідка верхньої частини флакона, зробити так, щоб отвори на зовнішній і внутрішній частинах збіглися;
- повернути флакон догори дном і, струшуючи його, нанести порошок на ушкоджену ділянку шкіри;
- при дерматиті, початковій стадії гострої екземи для зменшення запального процесу, болю і свербіжу можна використовувати суміш порошоків за призначенням лікаря.

Уведення лікарських препаратів через слизову оболонку очей

Попередня підготовка:

- перевірити термін придатності очних крапель, очної мазі;
- очні краплі, які зберігалися в темному та прохолодному місці (але не в холодильнику), перед застосуванням підігріти до температури тіла; для цього флакон з краплями можна потримати 3—5 хв у руці;
- запропонувати пацієнтові зручно сісти, трохи відкинути голову назад;
- вимити руки з милом (бажано бактерицидним) під проточною водою, витерти чистим рушником, обробити 70 % етиловим спиртом.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУР

а) закапування крапель в очі

• У стерильну піпетку з тупим заокругленим кінцем до третини її об'єму набрати інфікувальну рідину так, щоб вона не потрапила до гумового балончика піпетки.

Запам'ятайте! *Піпеткою з відбитим кінцем користуватися не можна!*

• Якщо пацієнтові потрібно закапати краплі в нижнє склепіння кон'юнктиви, попросити його спрямувати погляд угору; пальцем лівої руки відтягти нижню повік трохи вниз.

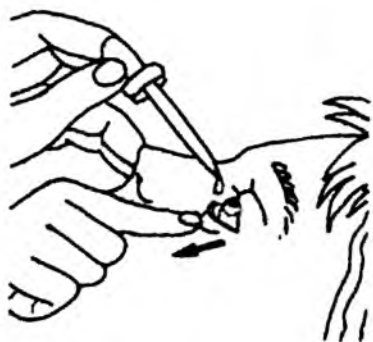
• Якщо пацієнтові потрібно закапати краплі у верхину рогівки, попросити його спрямувати погляд униз; пальцем лівої руки відтягти верхню повік трохи вгору.

• Тримуючи заповнену піпетку правою рукою вертикально до ока і не торкаючись вії пацієнта, увести в кон'юнктивальний мішок 1—2 краплі лікарської речовини (мал. 30).

• Порокомендувати пацієнтові після закапування постаратися око не заплющувати, а потримати його хвилину-другу розплющеним.

• Залишки лікарського препарату зібрати ватним тампоном.

• Якщо потрібно закапати друге око, бажано використати іншу стерильну піпетку. Це повністю унеможливіть інфікування введеного розчину.



Мал. 30. Закапування крапель в очі

- Дітям і збудженим дорослим пацієнтам закачують очі з будь-якого зручного положення в той момент, коли хоча б трохи вдається розтулити очну щілину.

- При різкому блефароспазмі пацієнтові, який лежить на спині, після туалету шкіри навколо ока стерильним ватним тампоном, зволеним розчином фурациліну 1:5000, закапати декілька крапель у шкірну ямку біля внутрішнього кута ока, а потім розвести пальцями повіки і впустити краплі в кон'юнктивальний мішок.

- Сляну частину піпетки продезінфікувати в 3 % розчині водню пероксиду протягом 80 хв. промити під проточною водою, простерилізувати у су-

хожаровій шафі або прокип'ятити. Гумову частину піпетки занурити в 3 % розчин водню пероксиду на 80 хв для дезінсекції, а потім промити її у дистильованій воді і з'єднати зі скляною частиною. Стерильні піпетки зберігати в асептичних умовах;

б) закладання очної мазі

- На широкий кінець стерильної очної скляної палички взяти потрібну кількість мазі.

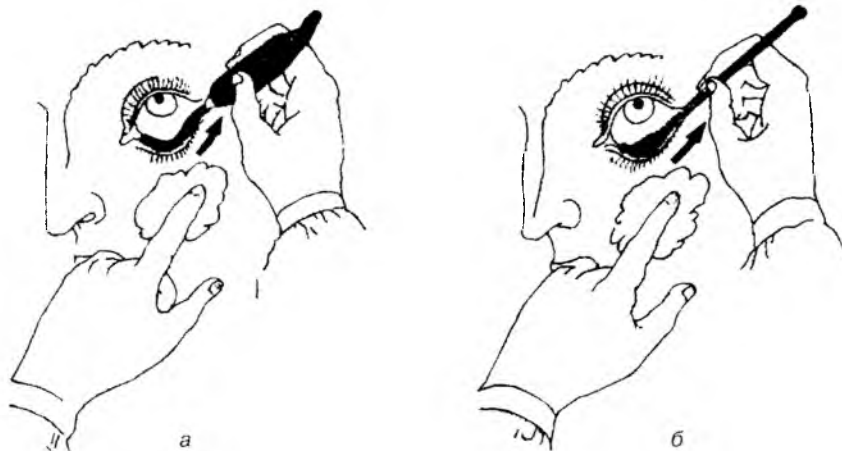
- Пальцем лівої руки відтягти нижню повіку трохи вниз.

- Правою рукою взяти паличку з маззю і, тримаючи її паралельно до краю повіки, притулити до перехідної складки нижньої повіки.

- Запропонувати пацієнту зімкнути повіки і лише після цього паличку обережно виїняти горизонтальним рухом у напрямку до скроні, залишаючи мазь за повікою.

- Прикласти стерильний ватний тампон до зімкнутих повік і злегка помасажувати, щоб мазь рівномірно розподілилась на поверхні очного яблука.

- Закладання очної мазі здійснити безпосередньо з очного тюбика, рухаючи його від внутрішнього до зовнішнього кута ока і обережно витискуючи мазь на кон'юнктиву нижньої повіки на її межі з очним яблуком (мал. 31).



Мал. 31. Закладання очної мазі:
а – із шприца-тюбика; б – скляною паличкою

Запам'ятайте! *Безпосередньо мазь із туби можна використовувати лише одному пацієнтові;*

в) засипання порошка в очі

- На широкий кінець стерильної очної скляної палички взяти подрібнений стерильний порошок.
- Ледь відтягти нижню повіку і струсити порошок із палички.
- Прикласти стерильний ватний тампон до ока і попросити пацієнта потримати його деякий час.

Закапування крапель у вуха

Попередня підготовка до виконання:

- перевірити термін придатності крапель;
- вушні краплі, які зберігалися в темному прохолодному місці (але не в холодильнику), перед застосуванням підігріти до температури $37-40^{\circ}\text{C}$ на водяній бані.

Запам'ятайте! *Холодні краплі можуть спричинити запаморочення, блювання;*

- запропонувати пацієнтові зручно сісти, голову нахилити у бік здорового вуха. Якщо пацієнт лежить, то повернути його набік так, щоб вухо, у яке потрібно закапати краплі, було зверху;
- за наявності сірки або гноетечі перед закапуванням здійснити туалет слухового ходу за допомогою теплового 3 % розчину водню пероксиду і турунди. За наявності гною в слуховому ході вливання крапель у вухо буде неефективним;
- вимити руки з милом (бажано бактерицидним) під проточною водою, витерти чистим рушником.

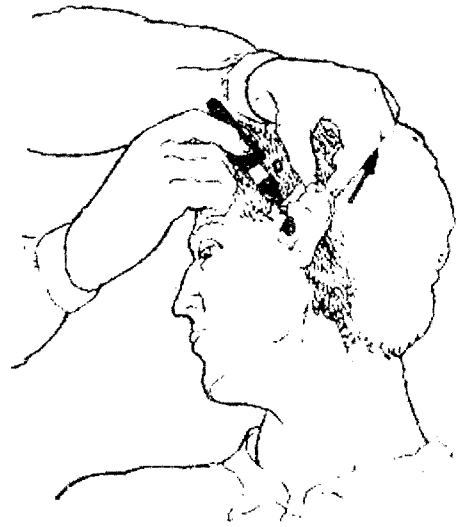
ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Лівою рукою відтягти вушну раковину трохи назад і вгору для випрямлення зовнішнього слухового ходу.
2. Правою рукою за допомогою піпетки закапати 4–6 крапель теплового лікарського розчину.
3. Запропонувати пацієнтові утримати краплі 5–10 хв.
4. Здійснити туалет вушної раковини.
5. У слуховий хід увести стерильний ватний тампон (якщо пацієнтові потрібно сидіти з приміщення) (мал. 32).

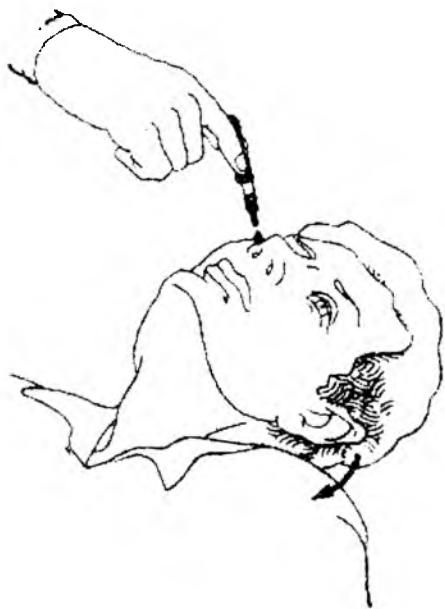
Закапування крапель у ніс

Попередня підготовка до виконання:

- перед процедурою запропонувати пацієнтові прочистити носові ходи від кірочок і слизу;
- запропонувати пацієнтові сісти на стілець, відкинути голову трохи назад і повернути у бік, протилежний тому, у який носовий хід вводитимуть ліки;



Мал. 32. Закапування крапель у вухо



Мал. 33. Закапування крапель у ніс

- вимити руки з милом під проточною водою, витерти чистим рушником.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Набрати у піпетку до третини її об'єму лікарську речовину.
2. Лівою рукою трохи підняти кінчик носа пацієнта і, не торкаючись слизової оболонки носа, ввести в кожну ніздрю по 4—6 крапель водного розчину або 8—10 крапель олійного розчину лікарської речовини (мал. 33).
3. Здійснити туалет навколо носа.

Інгаляції лікарських речовин

Інгаляція — це метод уведення лікарських засобів шляхом їх вдихання.

Показанням до застосування інгаляцій є: гострі та хронічні захворювання слизової оболонки носа, глотки, зівя, гортані, трахеї, бронхів, які супроводжуються утворенням густого харкотиння, що важко відкашлюється, а також бронхіальна астма, хронічна пнев-

монія, пневмосклероз.

Інгаляції призначають для боротьби з інфекцією, захисту слизової оболонки дихальних шляхів від подразливої дії різних чинників, розрідження харкотиння і поліпшення прохідності дихальних шляхів.

Потрібно відзначити, що завдяки всмоктувальній здатності слизової оболонки дихальних шляхів інгаляції діють не лише місцево (безпосередньо), а й позитивно впливають взагалі на весь організм, тобто інгаляції поліпшують загальне самопочуття пацієнта і підвищують опірність його організму.

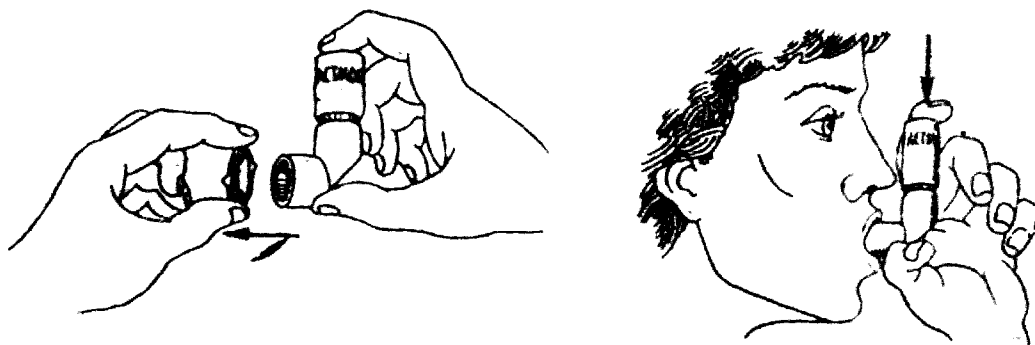
Протипоказаннями до інгаляційної терапії є: кровохаркання, активні форми туберкульозу дихальних шляхів, новоутворення в бронхах і легенях, хвороби серцево-судинної системи з недостатністю кровообігу ІБ—ІІІ стадії, підвищена чутливість до препарату.

Розрізняють 5 основних видів інгаляцій: аерозольні, тепловологі, парові, олійні та сухі.

Інгаляція лікарських речовин за допомогою індивідуального аерозольного інгалятора

Аерозольні інгалятори промислового виробництва застосовують при нападах бронхіальної астми (“Беротек”, “Сальбутамол”), для профілактики нападу бронхіальної астми (“Італ”, “Тайлед”), для лікування хворих на бронхіальну астму глюкокортикостероїдними гормонами (“Бекломет”, “Інгакорт”).

Запам'ятайте! Кожен аерозоль має свої особливості вживання, а тому призначити той чи той аерозоль та його дозу має лише лікар. Самолікування у цьому разі непустиме (мал. 34).



Мал. 34. Аерозольотерапія з використанням індивідуального інгалятора

ПОПЕРЕДНЯ ПІДГОТОВКА ДО ВИКОНАННЯ

Під час нападу людина нерідко впадає в паніку і забуває про правила інгаляції. Інгаляція в такому разі буде неефективною і пацієнт робить невірний висновок: ліки не допомагають! Щоб цього не сталося, медична сестра має відпрацювати із пацієнтом автоматизм дій під час застосування аерозольного інгалятора:

- зняти з інгалятора захисний ковпачок (нерідко, коли пацієнт поспішає, він забуває це зробити);
- повернути інгалятор мундштуком донизу (деякі хворі тримають інгалятор мундштуком догори — це невірно);
- інгалятор з аерозолем добре струснути;
- тримати інгалятор біля рота.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Зробити глибокий спокійний видих через стулені губи (щоб бронхи підготувалися до вживання ліків).
2. Щільно затиснути мундштук інгалятора губами (щоб ліки не виходили в атмосферу).
3. Трохи відкинути голову назад (щоб верхні дихальні шляхи розправилися і ліки легше проникли в бронхи).
4. Розпочати вдих і одночасно натиснути на дно балончика.
5. Продовжувати глибокий вдих стільки, скільки це можливо. У цей момент вдихається перша доза аерозолю.
6. На висоті вдиху затримати дихання на кілька секунд (щоб ліки осіли на бронхову стінку).
7. Вийняти мундштук із рота і повільно зробити видих в атмосферу через ніс.
8. Якщо глибокий вдих у зв'язку з тяжким станом пацієнта здійснити не можна, то перша доза аерозолю розпилюється в порожнині рота.
9. Другу інгаляцію (тобто другу дозу) повторити через хвилину-другу.
10. Фахівці вважають, якщо бронхіальна астма перебуває під контролем — пацієнтові достатньо зробити 3—4 інгаляції беротеку або сальбутамолу (за умови, що процедура виконується правильно). Якщо пацієнтові вдається зробити більшу кількість інгаляцій — лікування можна вважати неефективним, тобто пацієнтові слід звернутися до лікаря, який перегляне тактику терапії.

11. Після інгаляції на балончик надіти захисний ковпачок.

Сучасним інгалятором є *небулайзер* — пристрій, що утворює полідисперсні аерозолі (0,5—10 мкм) з розчинів лікарських речовин. Це єдиний засіб, за допомогою якого можна доставити лікарські препарати у нижні дихальні шляхи та альвеоли. Небулайзери можна використати у разі невідкладних станів (напад ядухи, загострення ХОЗЛ).

Парентеральне введення лікарських препаратів

Ін'єкція — це введення лікарських препаратів у організм за допомогою шприца і голки. Ін'єкції можна виконувати в тканини (шкіру, підшкірну жирову клітковину, м'язи, кістки), у судини (вени, артерії, лімфатичні судини), у порожнини (плевральну, черевну, серцеву), у субрахноїдальний простір (спинномозковий канал).

Певні ін'єкції (у кістку, артерію, порожнину) виконує тільки лікар, проте інструментарій для цих ін'єкцій готує медична сестра, вона також асистує лікарю під час маніпуляції.

Для виконання ін'єкцій застосовують одноразові стерильні шприци ємністю від 1 до 20 мл в упаковках та голки різної довжини (від 1,5 до 10 см), різного діаметра (від 0,4 до 1 мм), стерильні шприци-тюбики, заповнені лікарським препаратом у заводських умовах.

Для введення препаратів інсуліну, який випускається в спеціальних патронах (наприклад, Інсуман), застосовують шприц-ручку, оснащену електричним дисплеєм, завдяки чому безпомилково вводиться саме та доза інсуліну, яка потрібна хворому на цукровий діабет.

Окрім шприців для ін'єкцій у медичній практиці використовують спеціальні шприци: гортанний — для виконання лікувальних маніпуляцій у верхніх дихальних шляхах, шприц Жане — для промивання порожнини, шприц із пластмаси ємністю 150—200 мл для введення харчових сумішей через зонд та ін.

А. Підготовка одноразового шприца та голки до ін'єкції

Одноразовий шприц виготовлений із спеціальної пластмаси, одноразова голка — з іржостійкої сталі. Стерильний шприц і стерильна голка із пластмасовим ковпачком зберігаються в упаковці, на якій зазначено об'єм шприца у мілілітрах, довжина та діаметр голки, а також позначено: “стерильно” та “апірогенно”, чітко вказано дату виготовлення і кінцевий термін використання шприца, голки.

Попередня підготовка до ін'єкції:

- звернути увагу на кінцевий термін використання шприца, голки;
- перевірити герметичність упаковки (при надавлюванні на упаковку повітря з неї не виходить);
- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником, обробити 70 % етиловим спиртом;
- надягнути марлеву маску.

Основні етапи виконання

1. Надавити на поршень шприца та розірвати паперову частину упаковки.
2. Обережно, щоб не випала голка з упаковки (якщо голка зі шприцом в одній упаковці), вийняти шприц за поршень.
3. На канюлю шприца надіти муфту голки.

4. Зняти з голки ковпачок, перевірити її прохідність, випускаючи із шприца повітря.

5. Надіти ковпачок на голку, шприц з голкою покласти горизонтально на стерильний лоток.

6. Якщо медичній сестрі потрібно виконати ін'єкцію в палаті, шприц необхідно заповнити лікарським препаратом, на лоток покласти 3 стерильні ватні кульки, змочені у 70 % етиловому спирті. Лоток накрити стерильною серветкою, узятую із лотка.

Б. Підготовка ампул і набирання ліків у шприц

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Лівою рукою взяти ампулу за широку частину.

2. Пальцями правої руки легенько постукати по вузькій частині ампули, щоб розчин із вузької частини ампули перегнати в широку, нижню частину.

3. Спеціальною пилочкою надпиляти ампулу в місці її звуження.

4. Протерти шийку ампули стерильною ватною кулькою, змоченою у 96 % етиловому спирті.

5. І і II пальцями правої руки, покладеними на 1 см вище від місця надпилювання і від себе, обережно натиснути на шийку ампули і відломити її.

Запам'ятайте! Відламувати шийку ампули стерильним тампоном, зволженим спиртом, не можна, тому що, потрапивши в ампулу (особливо в ампулу смістю I—II класу), спирт може спричинити негативну реакцію з препаратом.

Для відламування шийки ампули можна користуватися сухою стерильною ватною кулькою.

6. Тримати ампулу біля дна II та III пальцями лівої руки, правою рукою ввести голку або конус шприца в просвіт ампули, не торкаючись зовнішніх її стінок. I та II пальцями лівої руки зафіксувати муфту голки і циліндр біля конуса. Нахилиючи ампулу отвором донизу, заповнити шприц розчином, відтягуючи поршень донизу I та II пальцями правої руки.

7. Якщо розчин набирався за допомогою голки більшого діаметра, то після заповнення шприца її можна взяти за муфту правою рукою і покласти у лоток для використаних предметів. На конус шприца за допомогою стерильного пінцета надіти стерильну голку відповідного діаметра для ін'єкції і закрити її обертовими руками.

8. Випустити повітря із шприца, тримаючи його вертикально на рівні очей. Постаратися, щоб при цьому ліки не потрапили на зовнішню поверхню голки, що спричинює різкий пекучий біль під час проколювання шкіри.

9. Заповнений ліками шприц із голкою багаторазового використання покласти на стерильний лоток у горизонтальному положенні, накрити стерильною серветкою (якщо ін'єкцію потрібно виконувати в палаті).

10. Після заповнення одноразового шприца ліками на голку надіти стерильний ковпачок. Шприц покласти на стерильний лоток у горизонтальному положенні.

11. На цей же лоток покласти 3 стерильні ватні кульки, змочені у 70 % етиловому спирті. Лоток накрити стерильною серветкою.

12. Порожні ампули рекомендується зберігати протягом декількох годин, щоб за необхідності можна було перевірити, що саме було введено пацієнтові.

В. Підготовка флаконів і набирання ліків у шприц

У флаконах випускають ліки у формі порошків (наприклад, антибіотики, які перед введенням розводять) і розчинів. Флакони з ліками заводського виготовлення закриті гумовим корком, а зверху металевою кришкою.

Попередня підготовка:

- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником, обробити 70 % етиловим спиртом;
- уважно прочитати на флаконі назву лікарського препарату, дозу та термін його придатності. Уточнити метод введення;
- надіти марлеву маску.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Якщо флакон великих розмірів (ємністю 200—500 мл), за допомогою ножиць або нестерильного пінцета зняти середню частину металевого ковпачка.

2. Якщо флакон малих розмірів (ємністю 5—10 мл), то середню частину металевого ковпачка можна зняти за допомогою металевої пилочки.

3. Протерти верхню частину флакона (гумовий корок і обідок металевого ковпачка) стерильною ватною кулькою, змоченою в 96 % етиловому спирті.

4. Надалі можливі такі два варіанти:

а) якщо у флаконі міститься рідина, гумовий корок проколюють голкою з шприцом. Узяти флакон між II та III пальцями лівої руки догори дном, I та IV пальцями зафіксувати муфту голки і циліндр шприца біля конуса, набрати у шприц потрібний об'єм ліків, відтягуючи донизу поршень I та II пальцями правої руки (мал. 35);

б) якщо у флаконі міститься порошкоподібна лікарська речовина, то спочатку у флакон потрібно ввести відповідну кількість розчинника, потім флакон струснути, розчиняючи порошок.

5. Якщо у шприц потрапили пухирці повітря, обережно постукати по корпусу шприца, щоб вони змістилися ближче до голки, і випустити повітря знову у флакон. Лікарський препарат добрати до призначеної дози.

6. Після заповнення шприца ліками від'єднати його від голки, не виймаючи її з флакона. Якщо у флаконі залишилися ліки, їх можна набрати цією самою голкою для іншого пацієнта.

7. На конус шприца за допомогою стерильного пінцета надіти стерильну голку відповідного діаметра для ін'єкції і закріпити її обертовими рухами.

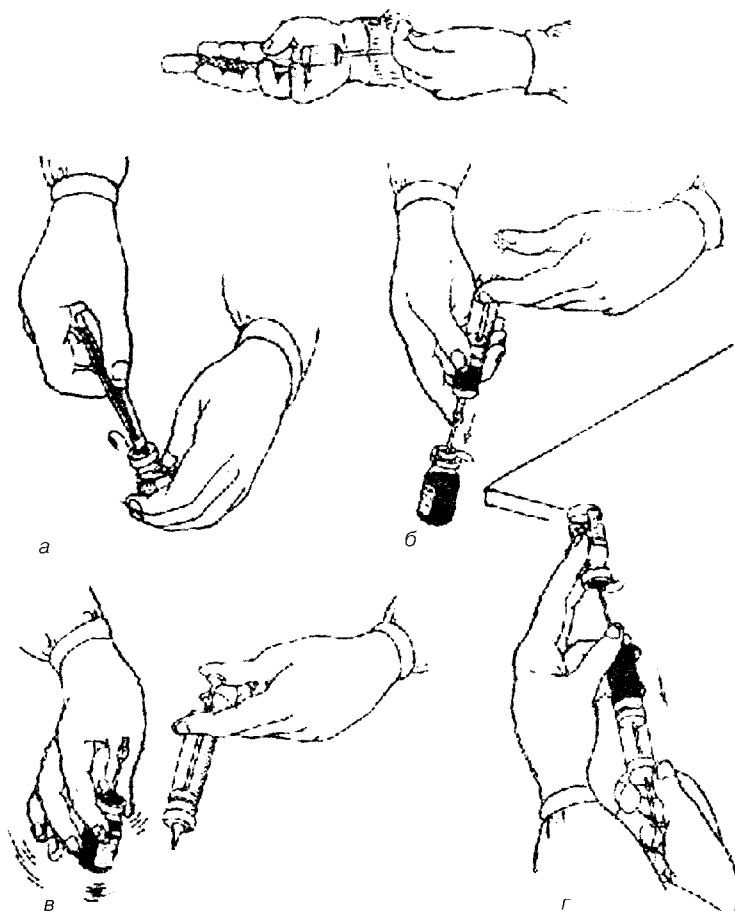
8. Випустити повітря із шприца, тримаючи його вертикально на рівні очей. Постаратися, щоб при цьому ліки не потрапили на зовнішню поверхню голки, що спричинює різкий пекучий біль під час проколювання шкіри.

9. Заповнений ліками шприц з голкою покласти на стерильний лоток у горизонтальному положенні.

10. Якщо набирати у шприц стерильний розчин з великого флакона доводиться часто, слід увести у флакон довгу "повітряну" голку через незаражену гумову пробку і набрати розчин у шприц. Якщо розчин не набирають у шприц, муфту голки потрібно прикривати зверху стерильною марлевою серветкою.

Г. Розведення антибіотиків для парентерального введення

Найчастіше антибіотики випускають у формі порошків. Дозуються антибіотики в одиницях дії (ОД), у грамах, міліграмах. Як розчинник антибіотиків використовують такі стерильні розчини:



Мал. 35. Набирання ліків із флакона:

а — розкриття флакона; б — введення розчинника у флакон; в — розчинення порошкоподібного лікувального препарату збовтуванням флакона; г — наповнення шприца ліками з флакона

а) стерильна вода для ін'єкцій, яка може бути виготовлена в заводських умовах і входить в комплект разом із порошкоподібною речовиною, а також може бути виготовлена в асептичних умовах аптек;

б) стерильний ізотонічний (0,9 %) розчин натрію хлориду, який випускається в ампулах по 5, 10 і 20 мл у герметично закупорених флаконах по 250, 500 мл. Ізотонічний розчин — розчин, у якого осмотичний тиск такий, як осмотичний тиск крові і внутрішньоклітинної рідини;

в) 0,25 %—0,5 % розчини новокаїну. Потрібно знати, що у 2 % розчині новокаїну антибіотик кристалізується і випадає в осад, а тому такий розчин не можна використовувати для розведення антибіотиків.

Запам'ятайте! Як розчинник бензилпеніциліну новокаїнової солі використовують стерильний ізотонічний розчин натрію хлориду або стерильну воду для ін'єкцій. Особливістю бензилпеніциліну новокаїнової солі є повільне всмоктування та пролонгована дія

у разі внутрішньом'язового уведення. Після одноразової ін'єкції у вигляді суспензії терапевтична концентрація пеніциліну в крові зберігається до 12 год.

Попередня підготовка до виконання:

- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником. Обов'язково надіти стерильні гумові рукавички, тому що це забезпечує не тільки стерильність, а й профілактику професійного дерматиту на руках у разі постійної роботи з антибіотиками;
- підготувати одноразовий стерильний шприц та голку до маніпуляції.

Запам'ятайте! Для постановки діагностичних проб на індивідуальну чутливість та для внутрішньом'язового уведення антибіотиків слід застосовувати шприци і голки тільки одноразового використання, тому що на шприцах багаторазового використання можуть бути залишки антибіотиків, які набувають стійкої форми. Молекули антибіотиків потрапляють на внутрішні стінки шприців під час стерилізації і у високосенсibiлізованих пацієнтів спричинюють алергічну реакцію.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

Розводити антибіотики можна з розрахунку:

- а) 1 мл розчинника на кожні 100 000 ОД антибіотика (1:1);
- б) 1 мл розчинника на кожні 200 000 ОД антибіотика (1:2).

1. Взяти флакон із порошкоподібним антибіотиком, уважно прочитати назву препарату, дозу і термін придатності.

2. Підготувати флакони до маніпуляції: один — із порошкоподібним антибіотиком, другий — із розчинником.

3. Якщо пацієнтові призначено до 500 000 ОД, то кількість розчинника брати із розрахунку 1 мл розчинника на 100 000 ОД препарату (тобто розведення має бути 1:1). Наприклад, у флаконі міститься 300 000 ОД препарату, потрібно взяти 3 мл розчинника.

Запам'ятайте! Під час розведення антибіотиків голку у флакон уводити так, щоб лише проколоти пробку, тому що у разі глибокого уведення у зв'язку з підвищенням тиску у флаконі за рахунок уведеного розчинника через голку самовільно виходитиме розчин антибіотика, потраплятиме на шкіру рук і з часом спричинить професійний дерматит. Окрім того, не витримується точність дозування. Після уведення розчинника флакон із голкою зняти із шприца, добре струсити, щоб ліки повільно розчинилися, приєднати шприц до голки і, відтягуючи поршень, набрати увесь вміст флакона, тобто 3 мл. Увести пацієнтові набрану дозу (300 000 ОД) внутрішньом'язово (найчастіше).

4. Якщо пацієнтові призначено більше, ніж 500 000 ОД, то кількість розчинника брати з розрахунку 1 мл на кожні 200 000 ОД препарату (тобто робити розведення 1:2). Наприклад, у флаконі міститься 600 000 ОД препарату, потрібно ввести 3 мл розчинника, струсити флакон і набрати увесь вміст флакона.

5. Якщо у флаконі міститься 1 000 000 ОД (1 г), а пацієнтові призначено 500 000 ОД, можна зробити розведення 1:1, набрати 5 мл розчину, тобто тільки половину, і ввести цьому пацієнтові, а 5 мл розчину, що залишився у флаконі, можна ввести іншому пацієнтові.

6. Розчини бензилпеніциліну натрієвої та калієвої солі в розчині новокаїну іноді мутніють унаслідок утворення новокаїнової солі бензилпеніциліну. Однак це не є протипоказанням до внутрішньом'язового уведення.

Г. Розведення антибіотика для діагностичної проби на індивідуальну чутливість організму до препарату

Запам'ятайте! Як розчинник антибіотиків для постановки діагностичних проб на індивідуальну чутливість використовують лише стерильний ізотонічний розчин натрію хлориду, 0,25–0,5 % розчин новокаїну не можна використовувати, тому що він сам здатен спричинити алергійну реакцію. Воду для ін'єкцій у цьому разі теж не використовують, тому що утворений гіпотонічний розчин може дати помилкову реакцію і вірогідність проби буде сумнівною.

Попередня підготовка до виконання:

- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником. Обов'язково надіти стерильні гумові рукавички, тому що це забезпечує не тільки стерильність, а й профілактику професійного дерматиту на руках у разі постійної роботи з антибіотиками;
- підготувати одноразовий стерильний шприц та голку до маніпуляції.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Узяти флакон із порошкоподібним антибіотиком, уважно прочитати назву препарату, дозу і термін придатності.

2. Підготувати флакони до маніпуляції: один — із порошкоподібним антибіотиком, другий — із стерильним ізотонічним розчином натрію хлориду.

3. Набрати у шприц відповідну кількість ізотонічного розчину натрію хлориду з розрахунку 1 мл розчинника на 100 000 ОД або на 0,1 г препарату. Так, якщо у флаконі 1 000 000 ОД, необхідно увести 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Це буде перше розведення.

4. Потім розчин антибіотика першого розведення розвести ще в 10 разів. Для цього взяти шприц ємністю 1 мл, набрати в нього 0,1 мл розчину антибіотика першого розведення, додати у шприц 0,9 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Це буде друге розведення (тобто в 1 мл розчину міститься 10 000 ОД або 0,01 г препарату).

5. Якщо у відділенні протягом доби потрібно поставити пробу на індивідуальну чутливість до цього антибіотика декільком пацієнтам, розведення можна виконати так:

а) якщо у флаконі міститься 1 000 000 ОД, тобто 1 г препарату, то у флакон за допомогою шприца ємністю 10 мл увести 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду (перше розведення);

б) із флакона першого розведення антибіотика за допомогою шприца набрати 1 мл розчину, увести його в стерильний порожній флакон, у якому був антибіотик, потім другим шприцом ємністю 10 мл додати 9 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;

в) флакон слід оснастити додатковою етикеткою, де вказати “Для проби”, дату свій підпис, поставити флакон у холодильник, і цей готовий розчин для постановки проб можна використовувати протягом доби.

Внутрішньошкірні, підшкірні, внутрішньом'язові ін'єкції

Внутрішньошкірні ін'єкції застосовують для виконання алергійних проб (виявлення різних природних та штучних алергенів), імунологічних проб на туберкульоз (проба Манту), бруцельоз (проба Бюрне), ехінококоз (проба Касоні), на приховані набряки (проба Мак-Клюра—Олдріча), для місцевого знеболювання, вакцинації.

Підшкірні ін'єкції набули широкого застосування, тому що, по-перше, їх технічно легко виконати, по-друге, є безліч ліків, які в розчиненому вигляді швидко і добре всмоктуються в підшкірній жировій клітковині. Підшкірні ін'єкції забезпечують відносно швидке (через 15—20 хв) всмоктування лікарських препаратів у загальне коло кровообігу.

Внутрішньом'язові ін'єкції застосовують у тому разі, коли потрібно одержати більш швидкий ефект, ніж при підшкірній ін'єкції, бо м'язи краще, ніж підшкірна жирова клітковина, постачаються кров'ю та лімфою, а також у тому разі, коли препарат у разі підшкірного уведення спричинює місцеве подразнення тканини. У виконанні ін'єкції велика роль належить медичній сестрі. Від того, наскільки грамотно, чітко та вміло виконує вона свої обов'язки, залежить успіх лікування пацієнтів. Невміле виконання тієї чи тієї ін'єкції, помилки або неуважність під час їх проведення, недбале ставлення медичної сестри до своїх обов'язків можуть бути причиною тяжких наслідків для пацієнта.

Запам'ятайте! *Медична сестра несе не лише моральну відповідальність за охорону здоров'я пацієнтів, а і юридичну.*

Техніка внутрішньошкірних ін'єкцій

Для виконання внутрішньошкірної ін'єкції на чутливість організму до лікарського препарату застосовують той препарат, який уперше призначено пацієнтові (наприклад, антибіотик, новокаїн, інсулін тощо). Для діагностики туберкульозу використовують туберкулін, бруцельозу — бруцелін, туляремії — тулярин, дизентерії — дизентерин Цуверкалова (усі препарати випускаються у розчинах, готових до введення).

Попередня підготовка до виконання:

- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником, обробити 70 % етиловим спиртом, надіти марлеву маску і стерильні гумові рукавички;
- звільнити одноразовий шприц та голку від упаковки;
- в однограмовий шприц набрати 0,2 мл лікарського препарату з ампули або флакона;
- покласти шприц із набраним лікарським препаратом на стерильний лоток;
- на цей лоток покласти дві стерильні ватні кульки, змочені в 70 % етиловому спирті, і одну ватну кульку стерильну суху;
- запропонувати пацієнтові зручно сісти на стілець, звільнити руку до ліктьового згину від одягу, рука має лежати на столі в зручному розігнутому і розслабленому положенні.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Намітити місце ін'єкції у середній третині внутрішньої поверхні передпліччя, де відсутні судини та сухожилки.
2. Протерти двічі місце ін'єкції стерильними ватними кульками, змоченими у 70 % етиловому спирті (спочатку ділянку більшої площі, а потім — безпосередньо місце ін'єкції).
3. Відпрацьовані ватні кульки занурити у 5 % розчин хлораміну в ємності, промаркированій “Для використаних ватних кульок”, на 1 год.

4. Узяти шприц із лікарським препаратом у праву руку так, щоб II палець утримував муфту голки, I, III та IV пальці — невимушено своїми кінчиками підтримували циліндр, а V палець — поршень.

5. Після висихання шкіри обхопити передпліччя пацієнта лівою рукою знизу (I палець з одного боку, II—V — з іншого) і злегка розтягти шкіру.

6. Голку стосовно шкіри поставити зрізом догори, майже паралельно до поверхні шкіри.

7. Голку вколоти в товщу шкіри під гострим кутом так, щоб занурився її зріз.

8. Обережно відпустити ліву руку.

9. I пальцем лівої руки повільно натиснути на поршень і увести 0,1 мл препарату. Якщо уведення правильне, на місці ін'єкції утвориться інфільтрат білуватого кольору, який нагадує цитринову кірочку.

10. Після введення препарату вийняти голку; ватку до голки під час її виймання не прикладати!

11. Сухою стерильною ватною кулькою злегка (щоб не витиснути рідину, що зіститься близько до поверхні шкіри) зняти залишки лікарського препарату біля місця ін'єкції.

12. Відпрацьовану ватну кульку занурити у 5 % розчин хлораміну в ємності, промаркірованій “Для використаних ватних кульок”, на 1 год.

13. Продезінфікувати шприц і голку після використання.

14. Порекомендувати пацієнтові протягом 20 хв залишити місце ін'єкції відкритим і для оцінювання результату з'явитися у визначений час.

Внутрішньошкірна діагностична проба на індивідуальну чутливість до антибіотиків

Антибіотики можна вводити внутрішньом'язово, внутрішньовенно, у порожнину, у вигляді аерозолів, крапель та ін. На будь-який спосіб уведення антибіотика може виникнути алергійна реакція. Щоб перевірити чутливість організму до дії антибіотика, слід поставити пробу на переносимість.

Попередня підготовка до виконання:

- зібрати у пацієнта алергологічний анамнез;
- ретельно вимити дві руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником або стерильною одноразовою серветкою, обробити 70 % етиловим спиртом, надягнути стерильні гумові рукавички;
- зробити розведення антибіотика для постановки діагностичної проби на індивідуальну чутливість організму до препарату;
- набрати із флакона в стерильний однограмовий шприц 0,2 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
- покласти шприци з набраними розчинами на стерильний лоток;
- на цей лоток покласти 4 стерильні ватні кульки, змочені у 70 % етиловому спирті;
- запропонувати пацієнтові зручно сісти на стілець, звільнити обидві руки до локтя згинув від одягу;
- покласти руки на стіл у зручному розігнутому і розслабленому положенні.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Намітити місце ін'єкції у середній третині внутрішньої поверхні передпліччя, де відсутні судини та сухожилки.

2. Протерти місце ін'єкції спочатку однієї руки, а потім другої стерильними ватними кульками, змоченими у 70 % етиловому спирті (одне місце протирати двічі).

3. Використані ватні кульки занурити у 5 % розчин хлораміну в ємності, промаркірованій "Для використаних ватних кульок", на 1 год;

4. В одну руку (згідно із загальноприйнятими правилами внутрішньошкірного введення) увести 1000 ОД відповідного антибіотика, розведеного в 0,1 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

5. У другу руку для контролю увести 0,1 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

6. Результат проби перевірити через 20 хв. За наявності гіперемії, набряку, свербіжної реакції вважається позитивною. Це означає, що введення цього антибіотика пацієнтові суворо протипоказано. У такому разі слід обов'язково показати пацієнта лікарю.

Якщо змін на шкірі окрім сліду від проколу немає, реакція вважається негативною. Це означає, що введення цього антибіотика пацієнтові не протипоказане.

Техніка підшкірних ін'єкцій

Попередня підготовка до виконання:

- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником або стерильною одноразовою серветкою, обробити 70 % етиловим спиртом, надягнути марлеву маску, стерильні гумові рукавички;

- звільнити одноразовий шприц та голку від упаковки або зібрати шприц багаторазового використання, що лежить на стерильному маніпуляційному столі;

- набрати у шприц дозу лікарського препарату, що вказана у листку призначень, із ампули або флакона;

- покласти шприц із набраним препаратом на стерильний лоток;

- на цей лоток покласти 3 ватні кульки, змочені в 70 % етиловому спирті;

- у разі введення ліків у зовнішню поверхню плеча пацієнтові запропонувати зручно сісти на стілець, місце ін'єкції звільнити від одягу. Рука має бути трохи зігнутою в ліктьовому суглобі;

- у разі введення ліків у підлопаткову ділянку пацієнтові запропонувати сісти на стілець, випрямити спину, притиснути до спинки стільця лівий або правий бік. Руку на боці ін'єкції опустити і трохи відвести назад, при цьому медична сестра лівою рукою без утруднень зможе захопити шкіру з підшкірною жировою клітковиною в складку;

- у разі введення ліків у передньозовнішню поверхню стегна або в бічні ділянки живота пацієнтові запропонувати лягти на спину, розслабитися;

- пацієнтам із лабільною нервовою системою, схильним до запаморочень, незалежно від обраного місця введення лікарського препарату, маніпуляцію виконувати в положенні лежачи.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Намітити місце ін'єкції (зовнішня верхня плеча, підлопаткова ділянка, середньозовнішня поверхня стегна, бічні верхні живота) — там, де шкіра і підшкірна жирова клітковина добре беруться в складку і немає небезпеки uszkodження рівноносних судин, нервів та окістя.

2. Провести пальпацію обраного місця. Не можна виконувати ін'єкцію в місцях набряків або ушільнень (інфільтрацій), які залишилися від попередніх ін'єкцій.

3. Місце ін'єкції двічі протерти стерильними ватними кульками, змоченими 70 % етиловому спирті.

4. Відпрацьовані ватні кульки занурити у 5 % розчин хлораміну в ємності, промаркованій “Для використаних ватних кульок”, на 1 год.

5. Наповнений ліками шприц узяти правою рукою так, щоб II палець притримував муфту голки, останні пальці своїми кінцями — невимушено циліндр шприца. При цьому голку зрізом повернути догори.

6. II та I пальцями лівої руки шкіру з підшкірною жирОВОЮ клітковиною у відповідній ділянці захопити в складку.

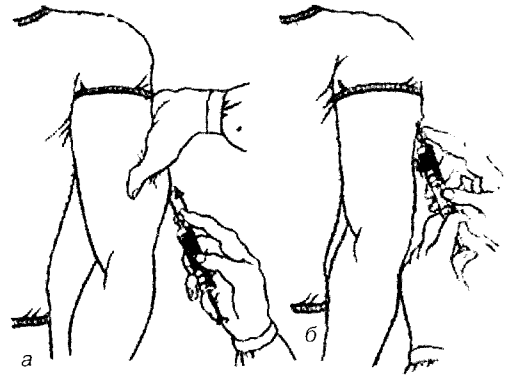
7. Швидким рухом під гострим кутом (40—45°) увести голку зрізом догори на 2/3 її довжини в основу утвореної складки, тобто на глибину 1—2 см. При цьому голка потрапляє у підшкірну жирОВУ клітковину. Стежити за тим, щоб голка була уведена не повністю і над шкірою лишалася частина її завдовжки не менше ніж 2,5 см (мал. 36).

8. Після проколу шкіри складку відпустити, I або II пальцем лівої руки надавити на ручку поршня і повністю увести ліки під шкіру.

9. До місця ін'єкції лівою рукою прикласти стерильну ватну кульку, змочену у 70 % етиловому спирті і швидким рухом вийняти голку. Цією ж ватною кулькою робити легкий масаж місця, куди уведено ліки, щоб вони ліпше розподілилися в підшкірній жирОВІЙ клітковині, а також, щоб запобігти виникненню крововиливів наслідок поранення стінки судин голкою. Після введення інсуліну масаж робити не потрібно.

10. Відпрацьовану ватну кульку занурити у 5 % розчин хлораміну в ємності, промаркованій “Для використаних ватних кульок”, на 1 год.

11. Шприц і голку після використання продезінфікувати.



Мал. 36. Виконання підшкірної ін'єкції:
а — уведення голки в утворену складку; б — уведення ліків

Особливості введення препаратів інсуліну

Препарати інсуліну одержують із підшлункових залоз свиней, великої рогатої худоби та методом генної інженерії. Інсулін призначають переважно хворим на цукровий діабет. Щоб запобігти можливим ускладненням у разі введення препаратів інсуліну, медична сестра має добре знати всі правила введення інсуліну і обов'язково вимагати цих знань від пацієнтів.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Початкову дозу інсуліну ендокринолог підбирає індивідуально для кожного пацієнта з урахуванням клінічної картини хвороби, умісту глюкози в крові (гіперглікемії), умісту глюкози в сечі (глюкозурії).

2. Лікування інсуліном проводити на тлі дієти, запропонованої ендокринологом (стіл № 9).

3. Запаси інсуліну зберігати в холодильнику за температури від 2 до 8 °С. Така температура підтримується на середній полиці стінки холодильника, яка прикрита пластмасовим екраном. Заморожування препарату не допускається.

4. Холодний інсулін, тільки що взятий із холодильника, уводити не можна, а тому той флакон інсуліну, який пацієнт використовує на цей момент, потрібно зберігати за кімнатної температури (але не вище ніж 22 °С) у темному місці не довше 1 міс.

5. Перед уведенням інсуліну візуально оцінити стан розчину. Флакон з інсуліном короткої дії (простий інсулін, суінсулін, моноінсулін, актрапід) має бути абсолютно прозорим. Якщо в розчині є стороння домішка, то такий інсулін використовувати не можна. На дні флакона з інсуліном подовженої дії є білий осад, а над ним прозора рідина; у цьому разі осад не є протипоказанням до уведення інсуліну.

6. Для уникнення алергійної реакції на препарат інсуліну перед уведенням першої дози слід обов'язково поставити внутрішньошкірну або скарифікаційну діагностичну пробу на індивідуальну чутливість організму.

7. Ін'єкції інсуліну бажано робити інсуліновим шприцом. Якщо інсулінового шприца немає, уміти розрахувати призначену лікарем дозу в мілілітрах. Наприклад, лікар призначив пацієнтові 28 ОД простого інсуліну. Уважно треба прочитати на флаконі, скільки ОД у флаконі, тобто скільки ОД інсуліну міститься в 1 мл (в 1 мл може бути 40 ОД і 80 ОД). Припустімо, що на флаконі позначено: в 1 мл — 40 ОД. Візьміть шприц ємністю 2 мл. Значення однієї поділки (40:10) — 4 ОД. Підрахуйте кількість поділок і отримаєте відповідь, що 28 ОД інсуліну відповідає поділка 0,7 мл. Тому потрібно набрати 0,7 мл інсуліну.

Запам'ятайте! Доза інсуліну має бути набрана точно! У разі передозування може виникнути зниження вмісту глюкози в крові (гіпоглікемія), тобто гіпоглікемічний стан чи гіпоглікемічна кома. У разі недостатнього уведення інсуліну може виникнути різке порушення обміну речовин (гіперглікемія, глюкозурія), тобто діабетична (гіперкетонемічна) кома.

8. Обов'язково врахувати тривалість терапевтичного ефекту препаратів інсуліну. Так, інсулін короткої дії (простий інсулін, суінсулін) діє протягом 6—8 год, інсулін середньої пролонгованої дії (інсулін Б, семилента) діє 16—20 год, інсулін пролонгованої дії (суспензія цинк-інсулін) діє протягом 24—36 год.

9. Не дозволяється вводити препарати інсуліну подовженої гіпоглікемічної дії в одному шприці з розчином інсуліну короткої дії. У разі необхідності для швидкої глюкозознижувальної дії розчин інсуліну короткої дії потрібно вводити в іншому шприці.

10. Перед набиранням суспензії в шприц флакон потрібно струсити до утворення рівномірної суміші.

11. У зв'язку з виникненням ураження шкіри при цукровому діабеті: фурункульозу, карбункулів, трофічних виразок тощо, під час виконання ін'єкцій медичній сестрі потрібно особливо ретельно дотримуватися правил асептики і антисептики. Однак запам'ятайте, що спирт знижує активність інсуліну, а тому не допускайте

отрапляння в розчин інсуліну навіть невеликих доз спирту; це буває під час пробирання пробки флакона або шкіри пацієнта великою кількістю етилового спирту.

12. Ін'єкції інсуліну робити за 15—20 хв до їди.

13. Інсулін уводити підшкірно можна в такі ділянки тіла: уся поверхня живота, середня і зовнішня поверхня стегон, зовнішня поверхня руки від плечового до ліктьового суглоба, сідниці. Урахуйте, що із різних ділянок тіла інсулін усмоктується з різною швидкістю: із ділянок живота швидше і, що особливо важливо, препарат одразу ж потрапляє в печінку. Тому в разі уведення інсуліну в живіт його дія найефективніша. Найповільніше інсулін усмоктується із стегна. Рекомендується уводити інсулін так: уранці — у живіт, увечері — у стегно або сідницю.

Запам'ятайте! Місце уведення інсуліну потрібно щоразу змінювати, тому що постійне уведення препарату в одне й те саме місце може спричинити ускладнення — жирову дистрофію підшкірної жирової клітковини (ліподистрофія), рідше — гіпертрофію підшкірної жирової клітковини.

14. При початкових проявах гіпоглікемії (пацієнт скаржиться на відчуття внутрішнього неспокою, різку слабкість, відчуття голоду, тремтіння рук і ніг, підвищену чутливість) медична сестра має порекомендувати пацієнтові терміново випити міцного чаю з достатньою кількістю цукру, з'їсти цукерку, шматочок білого хліба. Якщо ефекту немає і є виражені ознаки коми (у пацієнта з'явилася дезорієнтація, значне збудження, судоми, тахікардія, гіпотонія), — увести 20—40 мл 40 % розчину глюкози внутрішньовенно. Якщо пацієнт не опритомніє, вливання глюкози повторити і виконати інші вказівки лікаря.

Особливості уведення олійних розчинів

Олійні розчини для ін'єкцій, наприклад, 20 % розчин камфори в олії, 1 % розчин прогестерону в олії, розчин ретинолу ацетату (вітаміну А) в олії, можна вводити підшкірно або внутрішньом'язово (не допускаючи потрапляння олійного розчину в судини!).

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Ампулу з олійним розчином підігріти на водяній бані до температури 30—37 °С.
2. Взяти шприц ємністю 2—5 мл, голку з достатньо широким просвітом (діаметром 0,8—1 мм).
3. Набрати теплий олійний розчин із ампули в шприц.
4. У разі уведення олійного розчину підшкірно в зовнішню поверхню плеча пацієнтові запропонувати зручно сісти на стілець, звільнити місце ін'єкції від одягу. Рука має бути трохи зігнутою в ліктьовому суглобі.
5. У разі уведення олійного розчину внутрішньом'язово пацієнтові запропонувати лягти на бік або на живіт.
6. Згідно з правилами підшкірної або внутрішньом'язової ін'єкції після введення голки лівою рукою поршень шприца відтягти на себе і перевірити, чи не потрапила голка в просвіт кровоносної судини (для уникнення медикаментозної емболії). Якщо крові у шприці немає, повільно увести олійний розчин. Якщо у шприці з'явилася кров, слід увести голку трохи глибше або відтягти шприц із голкою трохи на себе, але не виймаючи її. Знову перевірити, чи не потрапила голка в просвіт судини.

7. Повільно увести олійний розчин.
8. Після уведення розчину місце ін'єкції добре помасажувати стерильною ватною кулькою, змоченою у 70 % етиловому спирті, а для ліпшого розсмоктування олійного розчину та запобігання утворенню інфільтрату (олеуми) на місце ін'єкції покласти зігрівальний компрес (якщо ін'єкцію було зроблено підшкірно) або грілку (якщо ін'єкцію було зроблено внутрішньом'язово).
9. Відпрацьовані ватні кульки занурити у 5 % розчин хлораміну в ємності, промаркірованій “Для використаних ватних кульок”, на 1 год.
10. Після використання шприца і голки продезінфікувати їх у хлораміні та знежирити у мийному розчині.

Техніка внутрішньом'язових ін'єкцій

Попередня підготовка до виконання:

- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником або стерильною одноразовою серветкою, обробити 70 % етиловим спиртом, надягнути стерильні гумові рукавички;
- звільнити одноразовий шприц та голку від упаковки або зібрати шприц багаторазового використання, що на стерильному маніпуляційному столі;
- із флакона або ампули набрати у шприц дозу лікарського препарату, що вказана у листку призначень;
- покласти шприц із набраним лікарським препаратом на стерильний лоток;
- на цей лоток покласти 3 стерильні ватні кульки, змочені в 70 % етиловому спирті;
- у разі уведення ліків у ділянку сідниці пацієнтові запропонувати лягти на бік або на живіт. При цьому м'язи повністю розслаблюються. Якщо пацієнт напружить м'язи, попросити його спокійно дихати глибоко і розслабити їх;
- у разі уведення ліків у стегно пацієнтові запропонувати лягти на спину. Ділянкою ін'єкції є передньозовнішня поверхня стегна;
- у разі уведення ліків у підлопаткову ділянку (в дельтоподібний м'яз) пацієнтові запропонувати сісти на стілець, випрямити спину, притиснути до стільця лівий або правий бік. Руку на боці ін'єкції опустити і трохи відвести назад; при цьому відповідна лопатка відходить від задньої поверхні грудної клітки, утворюючи невелику ямку.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Намітити місце ін'єкції: ділянку сідниці умовно розділити на 4 квадранти (вертикальну лінію провести через сідничний горб, а горизонтальну — через великий вертлюг стегнової кістки). Укол робити у верхньозовнішній квадрант сідниці, де немає великих судин і нервових стовбурів.
2. Провести пальпацію обраного місця: ін'єкцію не можна виконувати в місцях набряків або ушільнень (інфільтрату), які залишилися від попередніх ін'єкцій.
3. Місце ін'єкції двічі протерти стерильними ватними кульками, змоченими у 70 % етиловому спирті.
4. Наповнений ліками шприц із голкою взяти правою рукою так, щоб V палець підтримував муфту голки, II палець розміщувався на поршні, а решта пальців утримували циліндр шприца.

5. I та II пальцями лівої руки розтягти та фіксувати шкіру з підшкірною жировою клітковиною у відповідній ділянці.

6. Перпендикулярно до поверхні шкіри швидким рухом увести голку на глибину 4–5 см, прокалюючи при цьому шкіру, підшкірну жирову клітковину, фасції, великий сідничний м'яз. Потрібно стежити тим, щоб голка була уведена не повністю і над шкірою лишалася її частина завжки не менше ніж 0,5 см (мал. 37).

7. Прибрати ліву руку із сідниці.

8. Після введення голки лівою рукою стягти поршень шприца на себе і перевірити, чи не потрапила голка в просвіт кровосносної судини (кров не повинна вийти у шприці).

9. Натиснути на поршень II пальцем правої руки (або, не змінюючи положення рук, — I пальцем лівої руки), повільно ввести лікарський препарат у м'яз.

10. До місця ін'єкції лівою рукою прикласти стерильну ватну кульку, змочену в 70 % етиловому спирті і швидким рухом вийняти голку. Цією ватною кулькою злегка помасажувати місце введення ліків, щоб вони краще розподілилися в м'язі.

11. Відпрацьовану ватну кульку занурити у 5 % розчин хлораміну в ємності, прожированій "Для використаних ватних кульок", на 1 год.

12. Шприц і голку після використання продезінфікувати.



Мал. 37. Техніка виконання внутрішньом'язової ін'єкції

Можливі ускладнення внутрішньошкірних, підшкірних, внутрішньом'язових ін'єкцій, профілактика їх

Медична сестра має чітко дотримуватися техніки виконання будь-якої ін'єкції, тому що більша частина ускладнень (за винятком алергійних реакцій) виникає з вини медичної сестри, яка не дотримувалася всіх необхідних вимог.

Непритомність (раптове короткочасне потьмарення свідомості, зумовлене гострою ішемією головного мозку)

Профілактика: щоб запобігти цьому ускладненню, потрібно запам'ятати таке правило: не можна виконувати ін'єкцію, якщо пацієнт стоїть. Пацієнтові запропонувати сісти на стілець або лягти у ліжку.

Тактика у разі виникнення непритомності: пацієнта вкласти з трохи опущеною головою і піднятими ногами (щоб посилити приплив крові до головного мозку), зняти від тісного одягу, побризкати обличчя холодною водою, дати понюхати етиловий спирт (нашатирного спирту) на ватному тампоні. У тяжчих випадках увести рідямін, кофеїн.

Алергійна реакція (підвищена чутливість організму на введення того чи того лікарського засобу). Це може бути реакція негайного типу (анафілактичний шок, набряк Квінке) або реакція сповільненого типу (дерматит, екзема)

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

Зараження пацієнта на гострий вірусний гепатит, СНІД, сифіліс, малярію та інші інфекційні хвороби

Профілактика: чітке знання наказів МОЗ України щодо профілактики цих захворювань та суворе дотримання їх у своїй роботі.

Запам'ятайте! *За грубі помилки медичний працівник може бути притягнений до кримінальної відповідальності.*

(Накази МОЗ України № 408 та № 120. Додаток 3)

Інфільтрат (ущільнення в місці ін'єкції)

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

Тактика у разі виникнення інфільтрату: напівспиртовий зігрівальний компрес. нанести йодну сітку на шкіру, прикласти грілку, застосувати фізіотерапевтичні методи лікування (УФ опромінювання, поле УВЧ).

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

Профілактика: лікування інфільтратів, які повільно розсмоктовуються, у гіршому випадку можуть ускладнитися абсцесом, флегмоною.

Тактика у разі виникнення: обов'язково повідомити хірургові, який виконає хірургічне розкриття гнояка з подальшим дренажуванням.

Ліподистрофія (жирова дистрофія підшкірної жирової клітковини)

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

Тактика у разі виникнення: за призначенням лікаря можна провести курс лікування ліподистрофії (40 днів, а часом і довше) суїнсуліном, який потрібно вводити в ділянку атрофованої жирової клітковини підшкірно по 4—8 ОД. Ефект настає повільно, однак уже через декілька ін'єкцій дефект тканини зменшується.

Підшкірні крововиливи унаслідок поранення стінки судин тупою деформованою голкою

Профілактика: перед стерилізацією інструментарію перевірити кінець кожної голки багаторазового використання. Забороняється користуватися деформованими голками з тупим кінцем.

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

Медикаментозна емболія, що виникає внаслідок потрапляння олійних розчинів у судину (наприклад, камфорної олії) або суспензій (наприклад, біциліну)

Профілактика: після проколювання підшкірної жирової клітковини та введення голки на потрібну глибину слід потягти на себе поршень шприца та впевнитися, що голка не потрапила в судину (у шприц не має надходити кров).

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

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

Профілактика: правильний вибір місця ін'єкції (особливо у разі внутрішньом'язових ін'єкцій).

Тактика: негайно сповістити лікаря, який дасть вказівку щодо надання невідкладної допомоги пацієнтові і призначить курс лікування.

Уведення ліків у окістя

Профілактика: чітко розрахувати, на яку глибину вводити голку.

Тактика: якщо голку уведено дуже глибоко в тканини, негайно її вийняти на 1/3 довжини назад; застосувати тепло: після введення лікарського препарату прикласти грілку.

Поломка голки у місці її з'єднання з канюлею

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

Тактика: уламок голки швидко видалити із тканини пальцями. Якщо сталося так, уламок вийняти не вдається, потрібно з обох боків затиснути рукою його місце перебування, щоб голка не просувалася глибше, і негайно покликати лікаря, бажано хірурга. При цьому ускладненні потрібно вдатися до оперативного втручання.

Некроз тканин (який може виникнути внаслідок помилкового підшкірного або внутрішньом'язового введення гіпертонічних розчинів (10 % кальцію хлориду або 10 % натрію хлориду))

Профілактика: перед введенням лікарського препарату уважно прочитати етикетку на флаконі; звірити напис на флаконі з призначенням лікаря.

Тактика: місце ін'єкції обколоти 0,1 % розчином адреналіну — 0,5 мл, розведене до у 9 мл ізотонічного розчину натрію хлориду; ізотонічним розчином натрію хлориду — 10 мл; 0,25 % розчином новокаїну за відсутності в анамнезі алергійної реакції на цей препарат і накласти суху пов'язку та холод на 1—2 дні, а потім — крижаний компрес (у разі підшкірного помилкового введення препарату) або грілку (у разі внутрішньом'язового помилкового введення препарату).

Внутрішньовенні ін'єкції

Внутрішньовенні ін'єкції — це відповідальніші маніпуляції, ніж підшкірні та внутрішньом'язові. Виконує їх лікар або досвідчена медична сестра.

Вене пункція — прокол вени для уведення у вену різних лікарських засобів струминно (внутрішньовенна ін'єкція), краплинно (внутрішньовенне вливання), щоб узяти кров для лабораторних досліджень, для кровопускання, вимірювання венозного тиску.

Найчастіше венепункцію виконують пішкірних вен ліктьового згину, а якщо вони контуруються слабо, можна використати інші вени (тильної поверхні передпліччя, кистей, нижніх кінцівок). У дітей раннього віку венепункцію зазвичай проводять підшкірних вен скроневої ділянки.

Техніка внутрішньовенних ін'єкцій

Внутрішньовенна ін'єкція — це струминне введення в організм невеликої кількості (10—20 мл) лікарських препаратів.

Внутрішньовенну ін'єкцію застосовують для екстреного введення лікарських препаратів при загрозливих станах, а також для введення ліків, які не можна вводити ні підшкірно ні внутрішньом'язово.

Запам'ятайте! *Під час внутрішньовенної ін'єкції препарат потрапляє одразу в кров, і будь-яка помилка (порушення правил асептики, передозування, потрапляння у вену повітря або олійного розчину, помилкове уведення лікарського препарату) може стати для пацієнта фатальною.*

Місце проведення: внутрішньовенні ін'єкції бажано проводити у маніпуляційному кабінеті, щоб якомога повніше дотримати правил асептики і антисептики. Однак, якщо стан пацієнта потребує постільного режиму, ін'єкцію виконують у палаті; у разі надання екстреної медичної допомоги пацієнтові при невідкладних станах — у домашніх умовах; потерпілим унаслідок катастрофи — у машині "швидкої медичної допомоги".

Попередня підготовка до виконання:

- надягнути поліетиленовий фартух;
- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, обробити 70 % етиловим спиртом, надягнути стерильні гумові рукавички;
- надіти стерильну маску;
- звірити напис на ампулі (флаконі) з призначенням лікаря (назву, концентрацію у відсотках, кількість), звернути увагу на термін придатності лікарського засобу, візуально оцінити придатність розчину для використання;
- звільнити одноразовий шприц та голку від упаковки або зібрати шприц багаторазового використання, що на стерильному маніпуляційному столі, набрати з ампули розчин, який не потребує додаткового розчинника;
- сильнодіючі препарати вводити розведеними. Для цього шприц об'ємом 10, 20 мл наповнити сильнодіючою лікарською речовиною (серцеві глікозиди, гіпотензивні препарати, спазмолітики, кровоспинні засоби тощо) з ампули, а потім у цей самий шприц набрати розчинник. Зазвичай розчинником є ізотонічний розчин натрію хлориду, його слід набрати в шприц у достатньо великому об'ємі, тому що

швидке введення вищеназваних препаратів може призвести до небезпечних для життя ускладнень.

Запам'ятайте! Для рівномірного розведення сильнодіючої лікарської речовини її вносять у шприц першою, а розчинник — другим. При цьому турбулентні завихрення у шприці рівномірно розподіляються, розмішуючи лікарський засіб із розчинником;

- ретельно видалити із шприца пухирці повітря;
- покласти шприц із лікарськими речовинами на стерильний лоток;
- на цей лоток покласти 3 ватні кульки, змочені у 70 % етилового спирті;
- під час виконання внутрішньовенної ін'єкції бажано, щоб пацієнт лежав у ліжку, бо під час цієї маніпуляції інколи пацієнт несприятливо реагує;
- якщо пацієнт сидить, то внутрішньовенну ін'єкцію виконують на спеціальному столик;
- руку пацієнт розміщує на столі в зручному положенні, з максимально розігнутою ліктьовим згином;
- під ліктьовий суглоб підкладають тверду клейончасту подушечку;
- якщо ін'єкцію виконують у ліжку, то під руку пацієнта слід підкласти клейонку, щоб не забруднити постіль.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Намітити місце ін'єкції. Найзручнішим є виконання внутрішньовенної ін'єкції у вени ліктьового згину. Це пояснюється їхнім великим діаметром, майже повністю підшкірною жировою клітковиною в цьому місці і доброю фіксацією вени підшкірній жировій клітковині, що унеможливорює зміщення і спадання їх під час ін'єкції.

2. Для чіткого контурування вен створити штучний венозний стаз. Для цього на плече вище від ліктьового згину накласти гумовий джгут; під джгут підкласти вогняну серветку (щоб запобігти защемленню шкіри). Джгут зав'язати таким чином, щоб вільні кінці були спрямовані вгору і не заважали під час виконання ін'єкції, також, щоб його можна було легко розв'язати лівою рукою. Ступінь стискання кінцівки джгутом має бути таким, щоб спинити течію крові тільки у відповідних венах, і в жодному разі не в артеріях. Після накладання джгута перевірити наповнення пульсу. Якщо пульс слабшає або не пальпується, ступінь стискання кінцівки слід зменшити.

3. Для посилення венозного застою пацієнтові запропонувати протягом деякого часу потримати руку у вертикальному положенні кистю донизу; кілька разів енергійно стиснути та розтиснути кулак. Розтерти згинальну поверхню передпліччя рукою у напрямку від кисті до ліктьового згину. У разі задовільного наповнення вен вени чітко контуруються під шкірою у вигляді еластичних тяжів.

4. Кінчиком II пальця правої руки пропальпувати вени ліктьового згину і вибрати із них найоб'ємнішу і найменш рухому.

5. Запропонувати пацієнтові стиснути кулак.

6. Місце ін'єкції двічі протерти стерильними ватними кульками, змоченими у 70 % етилового спирті.

7. Відпрацьовані ватні кульки занурити у 5 % розчині хлораміну в ємності, промаркованій “Для використаних ватних кульок”, на 1 год.

8. Узяти наповнений ліками шприц у праву руку так, щоб I палець притримував муфту голки, II, III та IV — невимушено циліндр шприца, а V палець розміщувався на поршні.

9. Перед пункцією вени ще раз переконатися, що в шприці немає повітря.

10. I пальцем лівої руки відтягти шкіру нижче від наміченого місця ін'єкції, зафіксувати вену.

11. Голку шприца встановити під гострим кутом до поверхні шкіри за напрямком течії крові. Зріз голки має бути догори. Обережним рухом проколоти шкіру і стінку фіксованої вени. Під час проколювання вени з'являється таке відчуття, ніби голка потрапила в порожнину.

12. Опустити шприц і увести голку ще на 5—10 мм за ходом вени. Якщо положення голки у вені правильне, у шприці з рідиною з'являється темна венозна кров. У пацієнтів із низьким АТ кров у шприц надійде після того, як поршень шприца злегка потягнути на себе. Якщо потрапити у вену з першого разу не вдалося, голку потягнути трохи на себе або просунути трохи глибше, але щоб вона залишилася в підшкірній жировій клітковині.

13. Перед введенням розчину лівою рукою обережно зняти накладений на плече гумовий джгут, запропонувати пацієнтові розтиснути кулак.

14. Ще раз відтягти поршень на себе, щоб упевнитися, що під час зняття джгута голка залишилася у вені. При цьому в шприц надходить кров.

15. Не змінюючи положення шприца, I пальцем лівої руки натиснути на ручку поршня. Якщо невідомо, як пацієнт відреагує на введення того чи того лікарського препарату, спочатку потрібно увести 1 мл розчину і почекати 1—1,5 хв. За відсутності небажаної реакції організму ввести повільно препарат. У разі повільного введення препарат, змішуючись із кров'ю, не спричинює подразнення внутрішньої стінки вени, а також небажаної реакції організму. Якщо в шприці залишилася невелика кількість ліків (1—2 мл), введення припинити.

16. Після закінчення введення до місця ін'єкції прикласти стерильну ватну кульку, змочену в 70 % етиловому спирті, і швидким рухом виїняти голку з вени.

17. Пацієнтові запропонувати зігнути руку в ліктьовому суглобі і затиснути ватну кульку із спиртом на 3—5 хв. Заборонити пацієнтові різко підводитися після ін'єкції.

18. Якщо пацієнт у непритомному стані, місце пункції слід самому зафіксувати або накласти стерильну марлеву серветку і закріпити її бинтом навколо руки.

19. Шприц і голку після використання продезінфікувати.

Заповнення системи одноразового використання інфузійним розчином

Пластикова система одноразового використання складається з короткої трубки, оснащеної повітроводом з повітряним фільтром та голкою для нагнітання повітря у флакон з лікарською рідиною, довгої трубки з крапельницею, фільтром та двома короткими трубками; на обох кінцях цих трубок є дві голки: одна — для пункції вени, друга — для проколювання пробки флакона. Фільтр має дрібну сітку, яка запобігає проникненню часточок із флакона в кров. На трубці є гвинтовий затискач для регулювання кількості крапель за 1 хв, тобто швидкості введення рідини. На всіх голках є запобіжні пластмасові ковпачки. Система зберігається у стерильному герметичному поліетиленовому пакеті, на якому позначено термін її придатності. Система не токсична й апірогенна.

Попередня підготовка до виконання:

- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником, обробити 70 % етиловим спиртом;
- уважно прочитати етикетку на флаконі;
- звірити напис на флаконі з призначенням лікаря (назву, концентрацію у відсотках, кількість), перевірити термін придатності, герметичність упаковки, прозорість рідини. Наявність осаду, пластівців у флаконі свідчить про непридатність розчину для використання;
- зняти ножицями із флакона центральну частину металевого ковпачка, пригладити гострі краї металевої бокової частини ковпачка;
- протерти гумову пробку флакона стерильною ватною кулькою, змоченою у 96 % етиловому спирті;
- перевірити герметичність пакета (герметичний пакет щільно облягає систему) та термін придатності системи.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Прозезинфікувати бранші ножиць і місце розрізу системи стерильною ватною кулькою, змоченою у 96 % етиловому спирті, і розкрити пакет.
2. Прозезинфікувати додатково руки і вийняти систему із пакета.
3. Зняти ковпачок із голки-повітровода і увести її до упору в гумову пробку флакона. Трубку повітровода закріпити вздовж флакона так, щоб її вільний кінець був на рівні дна флакона.
4. Зняти ковпачок із верхньої голки системи і ввести її в гумову пробку флакона на відстані 1 см від голки-повітровода.
5. Закрити гвинтовий затискач.
6. Флакон перевернути догори дном і закріпити на штативі.
7. Ін'єкційну голку разом із ковпачком зняти і покласти у підготовлений стерильний лоток. Під час роботи не можна торкатися руками з'єднувальної канюлі до насадки голки.
8. Повернути крапельницю в горизонтальне положення; повільно відкриваючи гвинтовий затискач, заповнити її до половини об'єму розчином.
9. Повернути крапельницю у вертикальне положення і заповнити нижню частину системи розчином до повного витіснення повітря та появи розчину з канюлі до насадки голки.
10. Закрити гвинтовий затискач.
11. Ретельно перевірити відсутність повітря в системі.
12. Прикріпити голку з ковпачком на канюлю, підвісити нижній кінець системи до гачок штатива. Щоб уникнути випадання голки з ковпачка або від'єднання голки від системи, можна вдатися до такого: канюлю для насадки ін'єкційної голки обгорнути стерильною марлевою серветкою, яку прикріпити до перехідної гумової трубки ("вузла") за допомогою затискача або корнцанга. Затискач або корнцанг підвісити до бранші на гачок штатива.
13. У стерильний лоток, де вже лежить ін'єкційна голка з ковпачком, покласти ватні кульки, змочені у 96 % етиловому спирті, стерильні серветки; в іншому лотку мають бути джгут, полотняна серветка, дві стрічки лейкопластиру завдовжки — 5 см.

Техніка внутрішньовенних уливань (інфузій)

Внутрішньовенні інфузії здійснюють краплинно, щоб не перевантажувати рідиною серцево-судинну систему та мати змогу забезпечити тривале або на деякий час постійне уведення ліків, рідини.

Інфузійну терапію застосовують у тому разі, коли потрібно поповнити ОЦК, нормалізувати водно-сольовий обмін, кислотно-основний стан (КОС), уникнути явищ інтоксикації при тяжких інфекційних захворюваннях тощо.

Попередня підготовка до виконання:

- запропонувати пацієнтові перед підключенням системи звільнити сечовий міхур, за потреби здійснити акт дефекації;
- поправити постіль пацієнта;
- надати пацієнтові зручного положення, тому що краплинне вливання зазвичай є тривалою процедурою;
- роз'яснити пацієнтові, що процедура потребує терпіння і повного спокою;
- доставити в палату підготовлений пересувний маніпуляційний стіл;
- надягнути поліетиленовий фартух;
- ретельно вимити двічі руки з милом під проточною водою, обробити 70 % етиловим спиртом, надягнути стерильні гумові рукавички;
- надягнути стерильну маску.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Запропонувати пацієнтові якомога більше розігнути руку в ліктьовому згині, під ліктьовий суглоб підкласти тверду клейончасту подушечку, під руку — клейонку; якщо пацієнт неспокійний, руку зафіксувати.

2. Накласти джгут через прокладку, запропонувати пацієнтові стиснути кулак, підготувати вену, знезаразити ділянку шкіри.

3. Зафіксувати намічену вену великим пальцем лівої руки.

4. Зняти ковпачок з ін'єкційної голки, ін'єкційну голку надягти муфтою і провести венепункцію.

5. Щоб запобігти витіканню крові на руку пацієнта, під муфту голки підкласти стерильну марлеву серветку.

6. Після появи крові з муфти запропонувати пацієнтові розтиснути кулак.

7. Лівою рукою обережно зняти гумовий джгут.

8. Відкрити гвинтовий затискач і під'єднати систему до голки.

9. Відрегулювати частоту крапель за допомогою гвинтового затискача. Оптимальна частота крапель за 1 хв — 40—60.

Запам'ятайте! Якщо кількість крапель становить 8—10 за 1 хв і менше, вена швидко тромбується, а понад 80—100 — настає перевантаження серцево-судинної системи, зокрема правого шлуночка.

10. Серветку, забруднену кров'ю, обережно вийняти з-під голки, підкласти чисту стерильну марлеву серветку.

11. Закріпити муфту голки до шкіри смужкою лейкопластиру. Другою смужкою зафіксувати систему нижче від “вузла” додаткового введення ліків.

12. Обережно вийняти джгут, подушечку, зручно покласти руку пацієнта.

13. Місце пункції і голку накрити зверху стерильною марлевою серветкою.

14. Постійно стежити за роботою системи, за загальним станом пацієнта. При появі скарг або погіршенні стану здоров'я пацієнта негайно покликати лікаря.

15. Після відключення системи пацієнт має лежати 1,5—2 год.

Від'єднання системи:

- перекрити струмінь рідини гвинтовим затискачем;
- зняти зі шкіри пацієнта смужки лейкопластиру;
- до місця пункції прикласти стерильну ватну кульку, змочену в 70 % етиловому спирті;
- швидким рухом вийняти голку;
- запропонувати пацієнтові зігнути руку в ліктьовому суглобі і затиснути ватну кульку зі спиртом на 3—5 хв. Якщо пацієнт непритомний, місце пункції зафіксувати самому або накласти марлеву серветку і закріпити її бинтом навколо руки;
- продезінфікувати систему одноразового використання.

Можливі ускладнення внутрішньовенних ін'єкцій, внутрішньовенних уливань, їх профілактика

Гематома (крововилив під шкіру) може виникнути внаслідок наскрізного проколювання стінок вени

Профілактика: внутрішньовенна ін'єкція — це складна маніпуляція, і її має виконувати лікар або досвідчена медична сестра.

Тактика: голку злегка відтягти назад, одночасно створюючи поршнем негативний тиск у циліндрі шприца. Після появи крові у шприці одночасно з акуратним просовуванням поршня увести повільно препарат. Якщо вводиться гіпертонічний розчин, цього робити не можна. Потрібно припинити введення, вийняти голку з вени, місце ін'єкції притиснути на 3—5 хв стерильною ватною кулькою, змоченою у 70 % етиловому спирті. Призначену пацієнтові внутрішньовенну ін'єкцію зробити в іншу вену. На ділянку гематоми покласти напівспиртовий зігрівальний компрес.

Утворення випинання (здуття) шкіри, що свідчить про потрапляння розчину в підшкірну жирову клітковину

Профілактика: під час виконання внутрішньовенної маніпуляції уважно стежити за місцем ін'єкції.

Тактика: внутрішньовенну ін'єкцію припинити і, не виймаючи голки витягуючи поршень якомога більше на себе, відтягти уведену рідину; після цього стерильною ватною кулькою, змоченою у 70 % етиловому спирті, притиснути місце пункції, вийняти голку. Венепункцію повторити в іншому місці.

Некроз (змертвіння) тканини може виникнути внаслідок невдалої венепункції, тобто, коли голку ненароком вийняли із вени і лікарський препарат (10 % розчин кальцію хлориду, 10 % розчин натрію хлориду, білігност, урографін тощо) потрапив у підшкірну жирову клітковину

Профілактика: під час введення цих препаратів слід постійно запитувати у пацієнта, чи не відчуває він пекучого болю в ділянці ін'єкції; уважно стежити за місцем ін'єкції; періодично перевіряти, чи голка перебуває в судині.

Тактика: негайно місце ін'єкції обколоти:

- а) 0,1 % розчином адреналіну в дозі 0,5—1 мл, розведеного у 9 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
- б) ізотонічним розчином натрію хлориду в дозі 5—10 мл;
- в) 0,25 % розчином новокаїну в дозі 5—10 мл (за відсутності в анамнезі алергійної реакції на цей препарат).

Ці препарати знизять концентрацію уведеного препарату в підшкірній жировій клітковині і зменшать його подразнювальну дію на тканини. На місце ін'єкції накласти тугу здавлювальну пов'язку та міхур з льодом (декілька разів протягом доби); упродовж 2—3 діб класти зігрівальний напівспиртовий компрес.

Тромбофлебіт (запалення вен з утворенням тромбів). Ознаками тромбофлебіту є біль, гіперемія шкіри та утворення інфільтрату за ходом вени

Профілактика: застосовувати голку з гострим кінцем; постійно змінювати місце ін'єкції; перед уведенням лікарського препарату проводити пальпацію вени.

Тактика: повідомити лікареві про це ускладнення і той призначить адекватне лікування.

Пірогенна реакція може виникнути внаслідок внутрішньовенного використання інфузійних препаратів із закінченим терміном придатності.

Ознаками пірогенної реакції є біль голови, озноб, підвищення температури тіла

Профілактика: категорично забороняється вводити у вену препарат із закінченим терміном придатності!

Тактика: негайно припинити введення лікарських препаратів, пацієнта обкласти грілками.

Сепсис — загальне інфекційне захворювання, що виникло внаслідок бактеріального інфікування крові

Профілактика: ретельне дотримання правил асептики й антисептики на всіх етапах виконання внутрішньовенної ін'єкції та внутрішньовенного вливання.

Повітряна емболія може виникнути внаслідок потрапляння в судину із шприца або системи пухирців повітря. Клінічно повітряна емболія характеризується раптовою непритомністю, судомами, зниженням АТ

Профілактика: своєчасно видалити із шприца або системи всі пухирці повітря!

Тактика: негайно покликати лікаря; перетиснути систему гвинтовим затискачем; опустити головний кінець ліжка; виконати всі інші вказівки лікаря щодо надання невідкладної допомоги пацієнтові.

Профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДу під час роботи з кров'ю

На цей час проблема профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу (синдрому набутого імунodefіциту) у лікувальних закладах надзвичайно актуальна. Медичні працівники, які виконують різні маніпуляції, працюють з кров'ю (ін'єкції, асистування лікарю під час пологів, операцій тощо), можуть бути інфіковані не тільки від пацієнтів на СНІД, але й від носіїв цього збудника. Медичні працівники, які не повною

мірою обізнані з проблемою СНІДу, можуть заразитися не тільки самі, але й заразити пацієнтів, які звернулися в поліклініку або потрапили до лікарні.

Запам'ятайте! Потрібно суворо дотримуватися правил, спрямованих на запобігання СНІДу! (Наказ МОЗ України № 120 від 25.05.2000 р. Додаток 3)

ПОПЕРЕДНЯ ПІДГОТОВКА ДО ВИКОНАННЯ

• **Запам'ятайте!** За будь-якого контакту з кров'ю аптечка для індивідуального захисту медичного персоналу має бути укомплектована повністю. Перед початком роботи перевірити оснащення аптечки;

• підготувати дезінфекційні розчини — 0,5 %, 3 %, 5 % — хлораміну у відповідних промаркірованих ємностях із кришками.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ

1. Під час виконання маніпуляцій, руки можуть забруднитися кров'ю або сироваткою — обов'язково надягнути стерильні гумові рукавички.

2. Під час роботи всі ушкодження на руках захистити напальником або лейкопластиром.

3. Під час процедур, які супроводжуються розбризуванням крові, очі, ніс та рот мають бути захищені окулярами, масками; поверх халата необхідно надягти клейончастий фартух.

4. Якщо стався розрив або прокол рукавички, її терміново потрібно зняти, занурити у 5 % розчин хлораміну на 60 хв. Із місця проколу пальця видавити краплю крові, палець обробити 4 % розчином водню пероксиду, а потім — 5 % спиртовим розчином йоду, заклеїти лейкопластиром, надягти напальник, зверху — нову стерильну гумову рукавичку.

5. У разі потрапляння крові в очі промити їх великою кількістю води, обробити сильним струменем повітря, закапати кількома краплями 1 % розчину борної кислоти.

6. У разі потрапляння крові на слизову оболонку носа закапати в ніс кілька крапель 1 % розчину протарголу.

7. У разі потрапляння крові на слизову оболонку рота обробити її 0,05 % розчином калію перманганату, 1 % розчином борної кислоти або 70 % етиловим спиртом.

8. У разі потрапляння крові на шкіру рук та інших ділянок тіла обробити її 3 % розчином хлораміну або 70 % етиловим спиртом, через 5 хв промити водою з милом.

9. У разі потрапляння крові на клейонку обробити її 3 % розчином хлораміну або 4 % розчином водню пероксиду.

10. Одяг, забруднений кров'ю, замочити в 0,5 % розчині хлораміну на 60 хв.

11. Кров злити в промаркіровану ємність і залити 3 % розчином хлораміну на 60 хв.

12. Пробірки, у яких була кров, та ватні кульки занурити у 3 % розчин хлораміну на 60 хв.

Запам'ятайте! Виконання цих нескладних заходів збереже здоров'я медсестер та іншого медичного персоналу.

Найпростіші методи фізіотерапії

У сучасному лікувальному процесі поряд із численними медикаментозними методами широкого використання набули фізичні методи впливу на хворобливий про-

цес. **Фізичні методи лікування (фізіотерапія)** — це галузь практичної медицини, яка ґрунтується на використанні цілющих властивостей природних і штучних фізичних чинників у профілактиці та лікуванні гострих і хронічних захворювань.

Фізичні чинники є самостійним методом лікування або найчастіше їх використовують у комплексі з іншими лікувальними засобами. Метою фізіотерапії є зменшення дози лікувальних речовин або повна заміна їх.

Механізм дії фізичних чинників на організм людини: сприятливий вплив на обмінні процеси в органах і тканинах, мікроциркуляцію і лімфообіг, що сприяє швидкому видаленню токсичних речовин із ділянки запалення, відновленню фізіологічної діяльності організму. Місцем дії фізичних чинників є шкіра, слизові оболонки, різні органи і тканини, безпосередньо ЦНС. Подразнення шкірних рецепторів передається у ЦНС, а далі відповідна реакція — до органа, відповідального за цей сегмент шкіри.

Таким чином, фізіотерапія є методом рефлекторно-сегментної терапії. Механізм дії фізичних агентів рефлекторний, він реалізується через взаємопов'язану нервово-гуморальну та гормональну системи регуляції. Завдяки рефлекторній дії на ЦНС фізіотерапевтичні процедури сприяють нормалізації порушених недугою процесів збудження й гальмування, поліпшують обмін речовин, позитивно впливають на реактивність і чутливість організму до дії несприятливих чинників зовнішнього і внутрішнього середовища.

Загальні протипоказання до всіх видів фізіотерапії:

- злоякісні та доброякісні пухлини (у т. ч. міоми);
- захворювання крові;
- схильність до кровотеч;
- вагітність;
- туберкульоз легенів;
- серцева недостатність II Б стадії і вище;
- гіпертонічна хвороба II стадії і вище;
- захворювання нирок із порушенням їхньої функції;
- гостра інфекція.

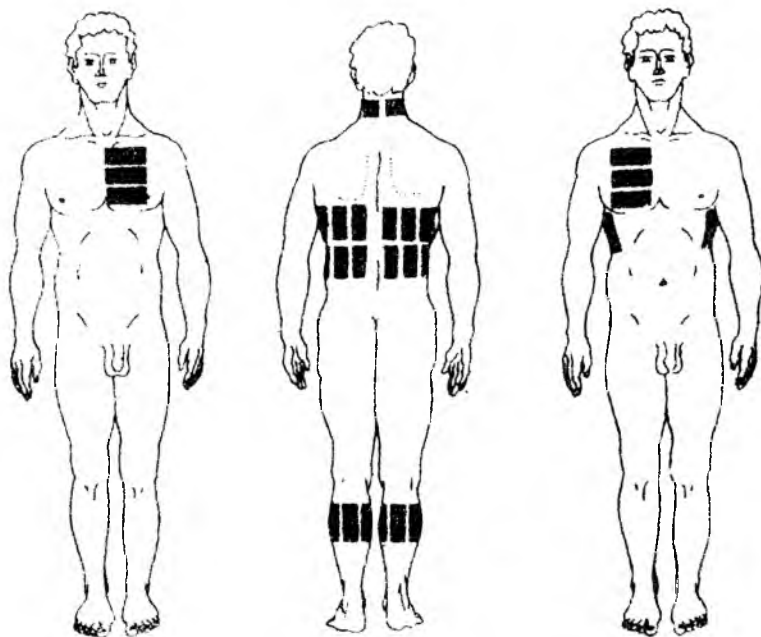
Медичний персонал, який бере участь у використанні фізіотерапевтичних методів, має не лише володіти методичними і технічними прийомами відпускання їх хворим, але й знати механізм лікувальної дії на організм різноманітних фізичних чинників.

Фізіотерапевтичні процедури окрім гірчичників, банок, компресів, грілок, мішура з льодом відпускаються у фізіотерапевтичних кабінетах. Обслуговуючий персонал має досконально опанувати навичками догляду за хворими у разі відпускання їм фізіотерапевтичних процедур, а з появою ускладнень надати необхідну медичну допомогу.

До фізіотерапевтичних процедур належать теплолікування, гідротерапія, світлолікування, електролікування, аеротерапія, масаж, лікувальна фізкультура тощо.

Гірчичники

Гірчичники — це листки зі щільного паперу прямокутної форми розміром 8×12,5 см, на які з одного боку нанесено тонкий шар сухої гірчиці. Зберігають гірчичники в сухому темному місці. Придатність гірчичників визначається тим, що на ньому добре тримається гірчична маса, у сухому вигляді він не має неприємного



Мал. 38. Місця накладання гірчичників

стаху, а внаслідок змочування водою виділяє гострий специфічний запах гірчичної дії. На кожному 10-му гірчичнику стоїть термін виготовлення, на який треба суворе зважати. Термін придатності гірчичника становить 8—11 міс.

Механізм дії: в основі механізму дії гірчичника лежить вплив ефірної гірчичної дії; унаслідок контакту її з водою температури 35—40 °С утворюється фермент міюлін, який подразнює шкіру, що супроводжується розширенням поверхневих кровоносних судин, припливом крові до відповідних ділянок шкіри та відчуттям тепла і печіння. Унаслідок рефлекторної реакції виникає гіперемія прилеглих тканин. Крім цього, гірчичники справляють відволікальну та знеболювальну дію. Це свідчить про те, що гірчичники справляють загальну дію на організм: протизапальну, знемоктувальну, болезаспокійливу, дають зігрівальний ефект.

Показання: гострі запальні процеси верхніх дихальних шляхів, гострий бронхіт, реврит, пневмонія; гіпертонічний криз, радикуліт, міозит.

Протипоказання: легенева кровотеча, злоякісні новоутворення, температура тіла вища 38 °С, захворювання шкіри, порушення чутливості шкіри, алергічна реакція на гірчичну олію.

Оснащення: гірчичники, лоток з водою температури 35—40 °С, серветка, ковдра, ллянка, водний термометр, рукавички, ємність із дезінфекційним розчином. Потрібно перевірити придатність гірчичників: гірчиця не має обсипатися з паперу і мати специфічний (різкий) запах.

ПОСЛІДОВНІСТЬ НАКЛАДАННЯ ГІРЧИЧНИКІВ

1. Вимити руки.
2. Пацієнта вкласти зручно в ліжку, звільнити місце для накладання гірчичників від одягу: при болю голови — потилицю, при гострому трахеїті — верхню части-

ну груднини, при бронхіті та пневмонії — між лопатками і під лопатками, при болю в серці — ділянку серця, при гострих запальних процесах верхніх дихальних шляхів — литковій м'язи.

Запам'ятайте! *Не можна накладати гірчичники на лопатки, хребет, грудні залози.*

3. Оглянути шкіру пацієнта і визначити відсутність протипоказань до маніпуляції.
4. Однією рукою беруть за край гірчичника і на кілька секунд змочують його в теплій (35—40 °С) воді.
5. Змочений гірчичник кладуть на шкіру гірчичною масою; дітям та хворим із підвищеною чутливістю шкіри між гірчичником і шкірою кладуть зволожену марлю (мал. 38).
6. Пацієнта накривають пелюшкою, зверху ковдрою.
7. Через 2—5 хв уточнюють відчуття пацієнта та ступінь гіперемії.
8. Залишають гірчичники на 10—15 хв, урахувавши індивідуальну чутливість пацієнта до гірчиці.
9. Знімають гірчичники, змочивши їх у дезінфекційному розчині.
10. Залишки гірчиці на шкірі змивають вологою серветкою, шкіру висушують рушником.
11. Пацієнт має полежати в ліжку під теплою ковдрою на менше 2 год.
12. Обладнання дезінфікують.
13. Про виконання процедури роблять відмітку в листку призначень.

Банки

Медична банка являє собою склянку зі стовшеними стінками та заокругленим дном об'ємом 30—60 мл. Діаметр отвору банки становить 5 см.

Механізм дії: дія банок ґрунтується на утворенні негативного тиску повітря (вакуум), унаслідок чого в них утягується шкіра. Від швидкого припливу крові виникає не тільки сильне розширення кровоносних та лімфатичних судин, а й розрив кровоносних капілярів, що призводить до утворення крапкових крововиливів. Виникає рух крові з глибших ділянок організму в підшкірну жирову клітковину, що справляє відтягувальну дію. *Основна дія банок:* рефлекторне розширення кровоносних та лімфатичних судин; посилення крово- та лімфообігу; відтягування крові та лімфи з глибоко розташованих ділянок організму на периферію; у місцях крововиливів у шкіру відбувається послідовне зсідання крові, а пізніше — розсмоктування продуктів її розпаду та аутолізу (саморозчинення); усмоктування продуктів розпаду крові, що являють собою біологічно активні речовини; стимулювальний вплив на кровотворення та імунну систему; підвищується обмін речовин подібно до дії аутогемотерапії; може спричинитися короткочасне підвищення температури тіла. Це свідчить про те, що банки справляють загальну дію на організм, а саме: стимулювальну, протизапальну, розсмоктувальну, болезаспокійливу.

Показання: запальні процеси органів грудної клітки (пневмонія, бронхіт, плеврит), міжреброва невралгія, міозит, радикуліт.

Протипоказання: туберкульоз легенів, легеневі кровотечі, різко підвищена чутливість шкіри, зміни шкіри місцевого характеру, кахексія, висока температура тіла, загальне збудження з корчами, підвищена кровоточивість тканин, злоякісні пухлини, гнійні запалення легенів, септичний стан.

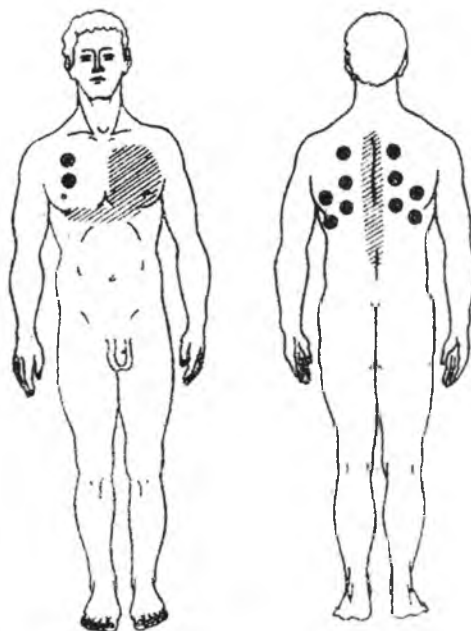
Оснащення: медичні банки (10—20 штук), емальований лоток, флакон із 96 % етиловим спиртом, вазелін, корнцанг або металевий стрижень завдовжки 15—20 см і

нарізкою на кінці і накрученою на нього ватою, сірники, вата, рушник, банка з водою (на випадок займання якогось предмета). Перед постановкою банки ретельно миють у гарячій воді, витирають насухо і перевіряють цілість їхніх країв.

Увага! Категорично забороняється застосовувати ефір та інші горючі суміші, бо вони дають великий факел, що може стати причиною опіку хворого та пожежі, а також неприємний запах, унаслідок чого можливий напад бронхіальної астми.

Медицинські банки ставлять переважно на поверхні тіла без складок, заокруглень та виступів, особливо кісткових, тобто там, де м'язовий та жировий шари товстіші, а підшкірні судини менше розвинені — спина, поперекова ділянка, бічні ділянки грудної клітки.

Запам'ятайте! Не можна ставити банки на ділянку серця, груднину, хребет і грудні залози (мал. 39).



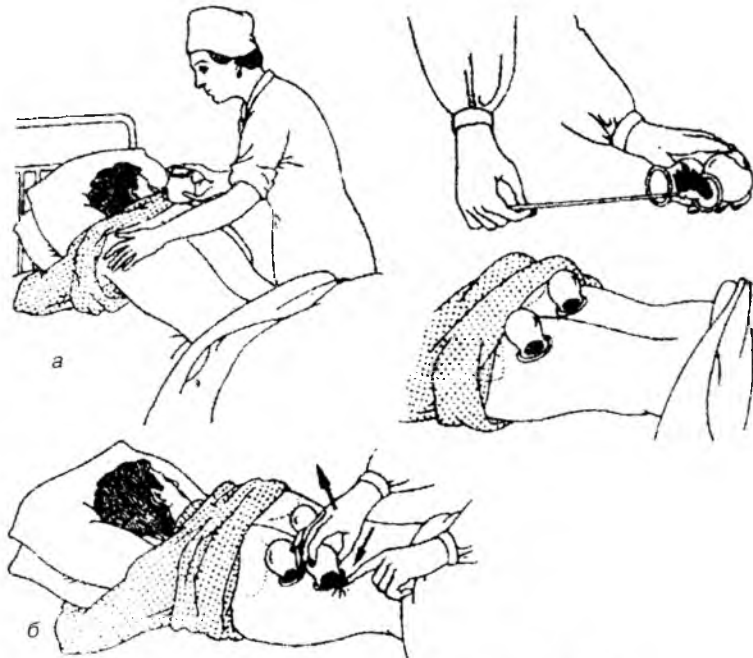
Мал. 39. Місця постановки банок

ПОСЛІДОВНІСТЬ ПОСТАНОВКИ БАНОК

Банки ставлять перед сном, щоб хворий добре відпочив після процедури. Температура повітря у приміщенні має становити 20—23 °С, без протягів і підвищеної вологості.

1. Увесь необхідний матеріал поставити на приліжковий столик у чотирикутному емальованому лотку.
2. Хворого вкласти у зручне для нього положення: при постановці банок на спину він лягає на живіт, голову повертає убік, руками обхоплює подушку.
3. Повністю звільнити від одягу ділянку тіла, на яку будуть ставити банки.
4. Підготувати шкіру до постановки банок: шкіру, де ставитимуть банки, розтирають вологим рушником, насухо витирають. Якщо шкіра вкрита волоссям, її голять, миють теплою водою, насухо витирають.
5. Шкіру змастити вазеліном, щоб краї банок щільно прилягали до поверхні тіла.
6. На металевий стрижень чи зонд намотати вату, змочити її спиртом, злегка відтиснути і запалити.
7. Зонд із факелом тримати у правій руці, а банку — у лівій біля поверхні тіла (на відстані 7—10 см).
8. Миттєвим рухом правої руки запалений факел внести усередину банки, щоб розрідити повітря в ній (мал. 40).

Запам'ятайте! Тривале тримання полум'я в банці може спричинити перегрів країв банок і опік шкіри.



Мал. 40. Постановка (а) та знімання (б) банок

9. Банку всією окружністю миттєво ставити на шкіру хворого на відстані 2—3 см одна від одної. За рахунок розрідженого повітря в банці вони присмоктуються до шкіри, яка поступово втягується всередину банки (на 1—2 см), набуваючи темно-червоного кольору з крапковими крововиливами.

10. Хворого вкрити рушником та легкою ковдрою.

11. Термін стояння банок — 10—15 хв.

12. Щоб зняти банку, не спричинюючи болю, лівою рукою трохи нахилити її набік, а вказівним пальцем правої руки злегка натиснути на шкіру біля краю банки. При цьому виникає щілина, повітря проникає всередину банки і вона легко й безболісно відпадає. Місце, де стояли банки, витирають сухим рушником або сухим ватним тампоном.

13. Хворого одягти в чисту суху білизну.

14. Продезінфікувати обладнання.

15. Зробити відмітку про виконання процедури у листку призначень.

Ускладнення, що можуть виникнути внаслідок постановки банок

Патологічна реакція на банки:

- значне підвищення температури тіла (хворому дати антипіретики — анальгін, димедрол);

- відшарування верхніх шарів шкіри у разі її підвищеної чутливості з утворенням кривавих пухирців (пухирці змастити концентрованим розчином калію перманганату, який сприяє швидкому підсиханню їх).

Порушення техніки постановки банок:

- опік від нагрітих країв банки;
- пухирі, заповнені кривавою багровою рідиною від довгого тримання банок, які легко лопаються і стають вхідними воротами для інфекції.

Обережно потрібно ставити банки тяжкохворим, виснаженим та хворим у стані непритомності. У цих хворих ослаблена або втрачена чутливість шкіри, і вони не можуть поскаржитися на будь-які неприємні та болісні відчуття, тому в них легко виникають ускладнення.

Компреси

Компрес — це лікувальна багатошарова пов'язка. Компреси бувають сухі та вологі. Вологі компреси можуть бути холодними, зігрівальними та гарячими.

Холодний компрес спричинює місцеве охолодження тканин, звуження кровонесних судин, зменшує кровопостачання і біль. Холодні компреси рекомендується накладати на ділянки забиття, травм у перші години, укусів комах, на перенісся при носовій кровотечі тощо.

ПОСЛІДОВНІСТЬ НАКЛАДАННЯ ХОЛОДНОГО КОМПРЕСУ

1. Узяти марлю або шматок чистого полотна і скласти в декілька шарів.
2. Змочити холодною водою і відтиснути.
3. Накласти на хвору ділянку.

Оскільки накладений компрес швидко нагрівається, через декілька хвилин його треба міняти. Частіше потрібно використовувати два компреси: один накладають, а другий охолоджують у воді. Для підтримання низької температури у воду кладуть лід. Після накладання компресу на шкіру зверху можна покласти міхур з льодом або снігом. Тривалість процедури — 50—60 хв.

Примочки — різновид холодного компресу. Марлю або полотно, складене в кілька шарів, змочують у лікувальному розчині (настій ромашки, вода з оцтом — 1 столова ложка на склянку холодної води та ін.).

Зігрівальний компрес складається з трьох шарів і закріплювальної пов'язки, найчастіше застосовується як теплова процедура. Він зберігає вологе тепло протягом багатьох годин і справляє тривалий лікувальний вплив на шкіру і прилеглі тканини. Під компресом утворюється замкнена волога камера, у якій температура водяної пари тривалий час підтримується на рівні температури шкіри. Утворене тепло діє на приплив крові, що сприяє розсмоктуванню запального процесу, зменшенню венозного застою, спазму і болю.

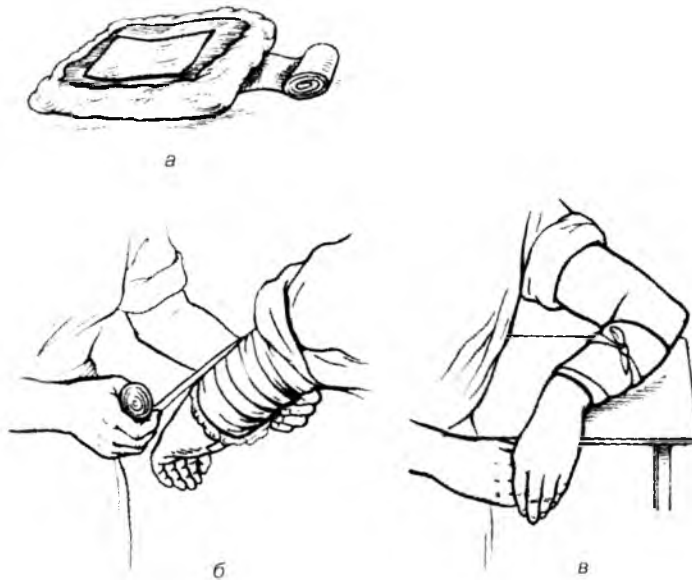
Показання: запальні процеси гортані, суглобів, плеври, середнього вуха, інфільтрати після ін'єкцій, забиті місця (через добу після травми), тромбофлебіт.

Противоказання: гнійні захворювання шкіри, алергійні висипання, гіпертермія.

Оснащення: лоток, марля, вата, бинт, компресний папір, ножиці, 40 % розчин етилового спирту.

ПОСЛІДОВНІСТЬ НАКЛАДАННЯ ЗІГРІВАЛЬНОГО КОМПРЕСУ

1. Місце накладання компресу звільнити від одягу, оглянути його.
2. Перший шар має бути вологим: марлю потрібного розміру (на 3 см більший від ділянки ураження), складену в 6—8 шарів, змочують у водно-спиртовому розчині (2 частини води та 1 частина 96 % етилового спирту), відтиснути і покласти на потрібну ділянку тіла.



Мал 41. Накладання зігрівального компресу:

а — шари компресу; б — фіксація компресу бинтом; в — закріплення компресу косинкою

3. Накласти другий шар, що забезпечує герметизацію (це вошений папір або клейонка), який на 2 см з усіх боків перекриває попередній шар.

4. Третій (утеплювальний) шар: біла або сіра вата, яку рівномірно накладають на 2 см більше від попереднього шару.

5. Зверху накласти четвертий (закріплювальний) шар: бинтом щільно прибинтовують усі попередні шари, але щоб пов'язка не обмежувала рухів і не здавлювала кровоносні судини (мал.41).

Запам'ятайте! *Компрес вважається накладеним правильно, якщо марля, що прилягає до шкіри, після зняття компресу волога і тепла.*

6. Через 2 год перевірити правильність накладання компресу: просунути II палець під нижній шар компресу — якщо марля волога і тепла, це означає, що компрес накладено правильно.

7. Залишити компрес на 6—8 год.

8. Після зняття компресу шкіру протерти серветкою, змоченою теплою водою, висушити, накласти суху теплу пов'язку.

9. Повторно накладати компрес можна не раніше ніж через 1 год.

10. Продезінфікувати обладнання.

11. У листку призначень зробити відмітку про виконання процедури.

Іноді компрес накладають із 50 % розчину етилового спирту (напівспиртовий). Дія його сильніша, оскільки відбувається подразнення тканин, але він швидше висихає, тому його потрібно знімати через 4—6 год.

Зігрівальний компрес сприяє розширенню кровоносних судин, інтенсивному посиленню кровообігу, знімає спазм судин, справляє виражену розсмоктувальну та знеболювальну дію.

Грілки

Грілка (сухе тепло) дає місцевий зігрівальний ефект. Унаслідок застосування грілки відбувається рефлекторне розширення кровоносних судин шкіри і органів черевної порожнини; подразнення шкірних рецепторів теплом та рефлекторне розслаблення м'язів внутрішніх органів, зниження порога больової чутливості і як наслідок — зменшення вираженості болю. Отже, основною дією сухого тепла від грілки є миттєве зігрівання окремих ділянок тіла; усунення болю спастичного характеру; відволікальна терапія.

Показання: біль спастичного характеру (ниркова колька, холецистит); хронічні захворювання органів черевної порожнини (виразкова хвороба); запальні інфільтрати; місцеве зігрівання окремих ділянок тіла (при радикуліті, невриті) як відволікальна терапія; порушення периферійного кровообігу (облітеруючий ендартеріт, атеросклероз, хвороба Рейно).

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

Оснащення: гумова грілка, рушник або пелюшка, гаряча вода (температури 60—70 °С), водний термометр, гумові рукавички, вазелінова олія.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Заповнити грілку на 2/3 об'єму гарячою водою.
2. Випустити з грілки повітря (поклавши грілку на горизонтальну площину і піднявши верхній кінець до появи у горловині води) і закрутити корок. Витерти грілку насухо.
3. Перевірити грілку на герметичність, опустивши корком донизу.
4. Загорнути грілку в рушник і прикласти до тіла отвором догори.
5. Через 5 хв проконтролювати, чи немає яскравої гіперемії під грілкою, поцікавитися самопочуттям пацієнта.

Запам'ятайте! У разі тривалого застосування грілки, щоб запобігти гіперпігментації шкіри, місце накладання грілки потрібно попередньо змастити вазеліновою олією.

6. Забрати грілку після того, як вона охолоне.
7. Після застосування грілку продезінфікувати.
8. Про виконання процедури зробити відмітку в листку призначень.

Електрична грілка має переваги над водяною: відбувається поступове підвищення теплової дії, тривале зберігання тепла, регулювання потрібного рівня температури та рівномірного постійного тепла; вона м'яка і еластична. Користуючись електрогрілкою, необхідно суворо дотримуватися правил техніки безпеки: перевірити цілість електричного шнура, стежити, щоб грілка була сухою, не накривати грілку ковдрою (загрожує перегріванням та виникненням пожежі), не залишати на хворому, який у непритомному стані.

Міхур із льодом

Застосування холоду також є лікувальною процедурою. Холод на місці його прикладання сприяє звуженню дрібних судин не лише шкіри, але й прилеглих тканин — зменшується приплив крові, сповільнюється кровообіг, знижується чут-

ливість нервових рецепторів. Завдяки цьому *основною дією холоду є*: протизапальна, зменшення болю, зупинення кровотечі.

Показання: гострі запальні процеси, кровотечі, гіпертермія, після операцій, абортів, при укусах комах, забиття в перші години, у другий період гарячки.

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

Оснащення: міхур із льодом, шматочки льоду; рушник або пелюшка, лоток, пінцет. Міхур для льоду виготовляють із гуми або водонепроникної тканини зі щільним корком.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Покласти міхур на столик, відкрити корок, покласти в міхур шматочки льоду або снігу, долити холодної води, заповнивши міхур на 1/2—2/3 його об'єму.

2. Незаповнену частину міхура стиснути, витиснути повітря та закрутити корок, витерти насухо. Перевірити міхур на герметичність, опустивши його корком донизу.

3. Загорнути заповнений міхур у рушник чи пелюшку і прикласти до хворої ділянки на 20—30 хв. За необхідності міхур використовують протягом тривалого часу: перерву роблять на 30—40 хв, а надалі процедуру повторюють.

4. За необхідності маніпуляцію повторити через кожних 10—15 хв.

5. Після закінчення процедури вилити з міхура воду, витиснути повітря, закрутити корок.

6. Оснащення продезінфікувати.

7. У листку призначень зробити запис про виконання процедури.

Запам'ятайте! *Не можна заморозувати воду, яку наливають у міхур, у морозильній камері, оскільки поверхня утвореного конгломерату льоду велика, що може спричинити переохолодження.*

Світлолікування

Світлолікування — це використання променевої енергії. Фізична природа світла — ультрафіолетові, видимі та інфрачервоні промені. Під час опромінення відбувається поглинання енергії білковими тканинами, що сприяє прискоренню руху електронів довкола ядра. Унаслідок дії *коротких променів* електрони переходять на більш віддалену орбіту — відбувається накопичення енергії. Дія *найкоротших променів* вибиває електрони за межі атому, що сприяє іонізації тканин (*1-а фаза — іонізаційний ефект*). Унаслідок поглинання енергії відбуваються зміни у білкових тканинах — розщеплення останніх до амінокислот і утворення гістаміноподібних речовин з високою біологічною активністю (*2-а фаза — фотохімічний ефект*). Нові біохімічно активні речовини через нервову систему змінюють функції органів і систем (*3-я фаза — фотобіологічний ефект*).

Інфрачервоні промені

Механізм дії: інфрачервоні промені (ІЧП) проникають у тканини на глибину 3—4 мм і спричинюють переважно обертовий і коливальний рух атомів та молекул, який трансформується в теплову енергію і відбувається судинна реакція — короткочасний спазм з наступним стійким розширенням кровоносних судин, активною гі-

перемією і підвищенням місцевого кровопостачання. Під час ІЧ опромінення шкіра червоніє, утворюється теплова еритема, яка через 30—60 хв зникає. Під впливом ІЧ опромінення поліпшуються обмінні процеси, знижується больова чутливість, усувається спазм судин, виводяться продукти метаболізму, розсмоктовуються вогнища запалення.

ІЧ опромінення використовують тільки у вигляді місцевої дії під час лікування трофічних, хронічних і підгострих запальних процесів та больового синдрому. ІЧ опромінення справляє антиспастичну, знеболювальну, протизапальну дію. У разі малої інтенсивності підвищуються біологічні процеси в організмі, у разі більшої — протизапальний ефект.

Показання: гострі та хронічні інфільтрати, міозит, міальгія, рани та виразки, що повільно загоюються.

Противоказання: злоякісні пухлини, схильність до кровотеч, гіпертироз, захворювання крові, активний туберкульоз легенів, гіпертонічна хвороба III стадії та ін.

Основними апаратами ІПЧ є інфрачервоні лампи — солюкс, інфраруж і лампи Мініна.

Солюкс — переносна лампа з рефлектором, який відбиває інфрачервоні промені, що утворюються в лампі з вольфрамовою ниткою розжарювання. Потужність лампи — 200 Вт. Балон виготовлений із звичайного скла і не пропускає ультрафіолетових променів. Тривалість процедури — 10—30 хв щодня або через день.

Лампа інфраруж — переважно інфрачервоні промені. Спіраль внутрішньої поверхні лампи нагрівається електричним струмом до температури 500 °С. Опромінують місцево певні ділянки тіла, прогріваючи не тільки поверхневі, але й глибокорозташовані тканини. Тривалість процедури — 15—30 хв щодня або через день.

Лампа Мініна — складається з рефлектора і синьої лампочки, яка окрім теплових променів випромінює й ультрафіолетові промені. Лампою Мініна опромінують окремі ділянки тіла, тримаючи її в руках на такій відстані від тіла, щоб відчувалося тепло. Тривалість процедури — 10—15 хв щодня або через день.

Ультрафіолетове опромінення (УФО)

Механізм дії: ультрафіолетові промені проникають у тканини на глибину 0,1—1 мм й активують в організмі біологічні процеси, змінюють структуру клітин (денатурацію та коагуляцію білкових молекул) і ДНК. *Основною дією УФО є:* фотохімічна утворення вітаміну D), бактерицидна, протизапальна, прискорює розвиток сполучної тканини і епітелізацію шкіри (підвищується її бар'єрна функція), знижує больову чутливість, стимулює еритроцитопоез, знижує АТ на початку гіпертонічної хвороби, нормалізує ліпідний обмін.

Під час сеансів УФО потрібно пам'ятати, що чутливість різних людей і навіть різних ділянок шкіри до світла має індивідуальні коливання: найчутливішою до УФО є шкіра тулуба, найменш чутливою — шкіра кінцівок.

Показання: захворювання органів дихання (bronхіт, пневмонія, плеврит), органів травлення (виразкова хвороба, гастрит, холецистит), шкіри (екзема, трофічні виразки), гіпертонічна хвороба, ревматизм, артрит, невралгія, міозит. УФО проводять вагітним для профілактики рахіту в майбутніх дітей, недоношеним дітям; для загартовування, оздоровлення, підвищення опірності організму до інфекційних захворювань; особам, які працюють на Півночі, у шахтах, метро для компенсації природної УФ недостатності.

Противопоказання: злоякісні пухлини, схильність до кровотеч, гіпертироз, захворювання крові, активний туберкульоз легенів, гіпертонічна хвороба III стадії та ін.

Найпоширенішим джерелом УФО є газорозрядні лампи, зокрема дугова ртутна трубчаста лампа (ДРТ) із кварцовою трубкою, на кінці якої впаяні вольфрамові електроди. Повітря з трубки викачане, а її порожнина заповнена парами ртуті і невеликою кількістю газу аргону. Після увімкнення лампи в електромережу в парах ртуті виникає дуговий розряд. Нормальний режим лампи встановлюється через 5—10 хв після увімкнення. Лампи ДРТ використовують у різних стаціонарних і портативних випромінювачах — ВУШ-1, ВПУ, БВД-9 та ін.

Техніка безпеки. Під час проведення опромінення потрібно захищати очі хворого і персоналу захисними окулярами. Недостатній захист очей може призвести до розвитку гострого кон'юнктивіту внаслідок опіку кон'юнктиви і рогівки очей ультрафіолетовими променями (біль, світлобоязнь, слезотеча, почервоніння кон'юнктиви). Симптоми тривають протягом декількох діб; при цьому рекомендуються холодні примочки і очні краплі з дикаїном.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ БІОДОЗ УФО

1. Хворий надягає захисні окуляри.
2. На ділянку опромінення накладають біодозиметр БД-2 (металева пластинка із шістьма отворами, які закриваються пересувною заслінкою) для визначення мінімальної інтенсивності опромінення, здатного утворити еритему; решту тіла прикривають простиралом.
3. Опромінювач із прогрітою ртутно-кварцовою лампою встановлюють перпендикулярно до поверхні місця опромінення на відстані 50 см.
4. Відкривають перший отвір біодозиметра і опромінюють шкіру під ним протягом 30 с. Потім через кожні 30 с відкривають наступні отвори, продовжуючи опромінювати ділянки під відкритими отворами доти, доки не будуть відкриті всі 6 отворів.
5. Через 24 год під час огляду шкіри хворого виявляють еритемні смуги відповідно до відкритих отворів біодозиметра.
6. Підраховують кількість еритемних смуг і визначають час, який потрібно для утворення мінімально вираженої смуги: якщо у хворого виявилось 3 смуги, тривалість мінімальної біодози становить 2 хв.

Запам'ятайте! 1 смуга — 3 хв, 2 смуги — 2,5 хв, 3 смуги — 2 хв, 4 смуги — 1,5 хв, 5 смуг — 1 хв, 6 смуг — 0,5 хв.

Є дві основні методики УФО: загальна (усього тіла) і місцева (частини тіла або окремих ділянок). Загальне УФО може бути груповим (для профілактики) та індивідуальним (для лікування).

Індивідуальне загальне УФО розпочинають із 1/4—1/2 індивідуально визначеної біодози. Через кожні 2—3 процедури дозу збільшують удвічі і наприкінці курсу лікування доводять до 2—3 біодоз. Процедури проводять через день.

Місцеве опромінення проводять еритемними дозами УФ променів на відстані 50 см на площу не більшу ніж 600—800 см². В один день опромінюють лише одне поле, повторне його опромінення проводять через 2—3 дні у міру зменшення вираженості еритеми, але не більше ніж 5 разів.

Гідролікування

Гідролікування — це використання для лікування прісної (гідролікування) і мінеральної води (бальнеотерапія). Лікування прісною водою — це обливання, обтирання, обгортання, ванни, душ; бальнеотерапія — це мінеральні ванни. Використання води для лікування зумовлено її властивостями: теплоємністю і теплопровідністю.

Основний механізм дії води: вплив на шкіру температурного, механічного та хімічного чинників.

Температурний чинник. Залежно від температури води розрізняють ванни холодні (нижче 20 °С), прохолодні (до 33 °С), індиферентні (34—36 °С), теплі (37—39 °С), гарячі (понад 40 °С). Тривалість процедури — від 3 до 30 хв залежно від температури води. Наприклад, теплі та гарячі ванни — тривалістю 10—15—20 хв, холодні — 3—5 хв. Температурний чинник впливає на тепловий обмін організму, а саме: змінюються процес потовиділення і акт дихання, перерозподіл крові, подразнення чутливості нервових закінчень шкіри, що сприятливо впливає на роботу всіх органів та систем організму.

Ванни — це водні процедури, що їх приймають з метою гігієни, лікування та профілактики. Ванни є загальні, коли у воду занурюють усе тіло, і місцеві — коли занурюють частину тіла: до попереку (половинні), таз, нижню частину живота і верхню частину стегон (сидячі або тазові), кисть і передпліччя (ручні), ступні та голілку (ножні) та ін.

При зануренні хворого в *холодну ванну* відбувається спазм кровоносних судин шкіри і посилюються процеси обміну речовин, що призводить до зменшення тепловіддачі та посилення теплопродукції; дія *гарячої ванни* протилежна. Усі ці процеси залежать від температури води, поверхні тіла і тривалості процедури.

Прохолодні ванни справляють тонізуючу дію, посилюють обмін речовин, стимулюють функцію серцево-судинної і нервової систем. Прохолодні ванни призначають при неврозах зі станом пригнічення, апатії, при погіршенні апетиту тощо; протипоказані хворим літнього та старечого віку, особам, схильним до спазму судин.

Прохолодні ванни готують так: спочатку у ванну наливають воду температури 34—35 °С, а потім, додаючи холодну воду, знижують температуру води до потрібної (32—33 °С). Тривалість ванни — 2—5 хв. Під час перебування хворого в такій ванні верхню частину його тулуба розтирають рушником, після ванни витирають зігрітим простирадлом, одягають, вкладають у ліжку і вкривають теплою ковдрою.

Гарячі ванни розширюють кровоносні судини шкіри, збільшують потовиділення, зменшують інтенсивність окисно-відновних процесів, тобто тепловіддача збільшується, а теплопродукція зменшується. Гарячі ванни призначають при хронічних захворюваннях суглобів, периферійних нервів (радикуліт, поліневрит), порушеннях обміну речовин (подагра), нападах ниркової кольки. Гарячі ванни протипоказані хворим літнього та старечого віку, при серцево-судинних захворюваннях, артеріальній гіпертензії, кахексії, схильності до кровотеч.

Гарячі ванни готують так: спочатку у ванну наливають воду температури 34—35 °С, а потім додають гарячу воду, доводячи температуру води до потрібної (40—43 °С). Тривалість процедури короткочасна — 5—10 хв (гарячі ванни втомлюють хворого, спричинюють загальну слабкість, серцебиття, запаморочення). Під час ванни і після неї уважно стежать за станом хворого, насамперед за пульсом. Якщо під час процедури виникають загальна слабкість, серцебиття, запаморочення, хворого

виводять із ванни, голову й обличчя змочують холодною водою, повністю витирають рушником, тепло закутують і дають відпочити не менше ніж 30 хв.

Теплі ванни зменшують біль, усувають м'язове напруження, заспокоюють нервову систему, поліпшують сон. Температура води — 37—39 °С, тривалість процедури — 15—20 хв.

Індиферентні ванни виключають тепловий чинник, залишаючи механічний та хімічний вплив на організм, вони дають легкий тонізуючий і освіжаючий ефект. Температура води — 34—36 °С, тривалість процедури — 20—30 хв.

Механічний чинник — це тиск води, який поліпшує лімфовідтік, відтік венозної крові, що поліпшує роботу серця.

Механічна дія ванни полягає в стисненні грудної клітки, унаслідок чого зменшується кількість її дихальних рухів, а також стисненні черевної порожнини. Для зменшення механічного впливу використовують пінні ванни (невралгія, ожиріння, свербіж шкіри, клімактеричний синдром). Для посилення механічної дії використовують підводний душ-масаж, який підвищує всі види обміну, особливо жировий і сольовий (ожиріння, захворювання опорно-рухового апарату та периферійної нервової системи). Особливе значення мають газові (перлинні) ванни — бульбашки повітря огортають тіло у вигляді плаща, що сприяє перерозподілу крові.

Хімічний чинник зумовлений компонентами, що їх розчинено у воді. Хімічні речовини, осідаючи на поверхню шкіри, збільшують подразнення її рецепторів, впливають на зоровий і нюховий аналізатори.

Хімічна дія ванни визначається характером лікарських засобів, що їх додають у воду. За своїм складом вони можуть бути прісними, запашними, лікувальними, мінеральними та газовими.

Для лікування найчастіше використовують ванни з домішкою газу (кисню, сірководню, радону, вуглекислоти), мінеральними речовинами або спеціальними лікарськими препаратами. Окрім механічної та термічної дії, мінеральні ванни справляють хімічний вплив на шкіру хворого. Пухирці газів, осідаючи на шкіру, подразнюють її, рефлекторно спричиняють розширення капілярів, унаслідок чого шкіра червоніє і відбувається перерозподіл циркулюючої крові. Газові ванни сприятливо впливають на серцево-судинну систему.

Сірководневі та радонові ванни призначають при захворюваннях периферійної нервової системи, артриті, деяких захворюваннях шкіри та периферійних судин. Температура води — 36—37 °С, тривалість — 5—15 хв, курс лікування — 12—18 ванн щодня або через день.

Скипидарні ванни застосовують при захворюваннях периферійних нервів (радикуліт, неврит), суглобів (поліартрит, артроз), бронхопневмонії. Температура води — 36—37 °С, тривалість — 10—15 хв, курс лікування — 10—15 ванн через день.

Хвойні ванни рекомендують при функціональних розладах нервової системи (неврози, дратівливість, безсоння). Температура води — 36—37 °С, тривалість процедури для дорослих — 15—30 хв, для дітей — 7—10 хв, курс лікування — 15—20 ванн через день.

Крохмальні ванни призначають при шкірних проявах ексудативного діатезу — зменшують свербіж і підсушують шкіру. Температура води — 37—38 °С, тривалість для дорослих — 30—45 хв, для дітей — 8—10 хв, на курс — 10—12 ванн щодня або через день.

Шавлієві ванни призначають, коли треба вгамувати біль при захворюваннях і наслідках травм периферійних нервів, наслідках травм опорно-рухового апарату,

при хронічних запальних процесах жіночої статевої сфери. Температура води — 35—37 °С, тривалість процедури — 8—15 хв, на курс — 12—18 ванн щодня або через день.

Санітарно-гігієнічні вимоги до приміщення: приміщення має бути обкладено кахлем, температура повітря в кімнаті — не нижче ніж 25 °С, вікна — зачинені. Молодша медична сестра миє ванну мочалкою або шіткою з милом і гарячою водою, споліскує дезінфекційним розчином (1—1,5 % — хлораміну або 3 % — лізолу), а після цього кілька разів споліскує гарячою водою.

Заповнюють ванну водою безпосередньо перед процедурою: спочатку холодною, а потім гарячою. Температуру води вимірюють водним термометром, не виймаючи його з води. Хворий сідає у ванну так, щоб спина спиралася в одну стінку ванни, а ноги — в протилежну. Якщо хворий не дістає ногами стінку ванни, то під ноги підкладають спеціальне пристосування.

Догляд за хворим під час процедури. Для кожного хворого має бути приготовлений комплект чистої білизни, мило та чиста мочалка, яку кип'ятять після кожного хворого. У процедурному приміщенні у шафі має бути набір необхідних медикаментів для надання першої допомоги у разі погіршення стану хворого. Під час приймання будь-якої ванни (гігієнічної чи лікувальної) хворого не можна залишати самого. Медична сестра має стежити за його загальним станом, шкірними покривами та пульсом. Якщо хворий зблід, з'явилася запаморочення або він непритомніє, потрібно з допомогою молодшої медичної сестри вивести його з ванни, витерти рушником, укласти на канапу з трохи піднятим ножним кінцем, розтерти скроні і дати понюхати нашатирний спирт. При болю в ділянці серця дають валідол і терміново кличуть лікаря.

Поряд із ваннами широко застосовують локальну дію мінеральних вод — лікувальне питво.

Лікувальна мінеральна вода відрізняється від звичайної води своїми фізико-хімічними властивостями:

1. Більш високою мінералізацією (м'яка, середньої м'якості, високомінералізована).
2. Іонним складом (гідрокарбонат, хлориди, сульфатні іони, іони натрію, калію, кальцію, магнію).
3. Наявність мікроелементів (залізо, мідь, марганець, кремій, арсен тощо).
4. Наявність мікрофлори (сапрофіти).
5. Наявність органічних речовин (вуглеводів нафтового походження).
6. Визначений газовий склад (кисень, азот, вуглекислота, сірководень, радон).
7. Велике значення має концентрація іонів водню — рН води (сильнокисла, кисла, слабокисла, нейтральна, слаболужна і лужна).

Найліпше вживати воду із джерела. При секреторній недостатності воду пити повільними ковтками; при гіперфункції — швидко; щоб отримати гальмівний ефект — залпом, великими ковтками. Хворим зі зниженою секрецією шлунка рекомендується *хлоридна, хлоридно-гідрокарбонатна, вуглеводно-хлоридна вода у холодному вигляді (миргородська тощо)*, хворим із підвищеною кислотністю шлунка — вода, що справляє гальмівну дію, — *гідрокарбонатну, гідрокарбонатно-сульфатну в теплом вигляді (боржомі, карпатська, лужанська, новоберезовська тощо)*.

Контрольні питання

1. Класифікація лікарських препаратів.
2. Як зберігати і використовувати наркотичні препарати у відділенні?
3. Які способи роздавання ліків хворим?
4. Які є способи зовнішнього застосування лікарських препаратів?
5. Які переваги і недоліки перорального способу вживання ліків?
6. Як правильно закапати краплі в очі, вухо, ніс?
7. Яка техніка проведення внутрішньошкірних ін'єкцій? Можливі ускладнення.
8. Яка техніка проведення підшкірних ін'єкцій? Можливі ускладнення.
9. Яка техніка проведення внутрішньом'язових ін'єкцій? Можливі ускладнення.
10. Заходи профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу під час роботи з кров'ю.
11. Механізм дії гірчичників на організм людини. Показання та протипоказання до застосування гірчичників.
12. Механізм дії медичних банок. Місця та послідовність застосування банок. Можливі ускладнення під час постановки банок і запобігання їм.
13. Послідовність накладання зігрівального компресу.
14. Як перевірити правильність накладання зігрівального компресу?
15. Яка послідовність заповнення грілки водою і показання до її застосування?
16. Дія холоду на організм людини.
17. Яку дію справляють ванни на організм людини? Яку дію на організм справляє температурний чинник?
18. Показання та протипоказання до призначення теплої і гарячої ванни.
19. Яку дію на організм справляють механічний і хімічний чинники?
20. Які ванни використовують як лікувальні?
21. Газові ванни: основна дія на організм хворого.
22. Яка дія ультрафіолетових променів на організм людини?
23. У лікуванні яких захворювань застосовують теплові електрофізіологічні процедури?
24. Які є методи УФ опромінення і їх мета?
25. Особливості відпускання фізіотерапевтичних процедур хворим літнього віку.

ЗАГАЛЬНИЙ І СПЕЦІАЛЬНИЙ ДОГЛЯД ЗА ТЯЖКОХВОРИМИ ТА АГОНУЮЧИМИ

Догляд за тяжкохворими

До тяжкохворих належать пацієнти, які хворіють на недуги з ускладненим перебігом, що не піддаються ефективному лікуванню або із несприятливим прогнозом. Стан цих хворих характеризується глибокими порушеннями найважливіших функцій організму (нервової діяльності, дихання, кровообігу, травлення, виділення), що часто призводить до численних загострень недуги і навіть до смерті. Однак перебіг і наслідки навіть досить складного захворювання зазвичай можна визначити якісним доглядом за хворими, своєчасним і добросовісним виконанням медичною сестрою призначень лікаря. Стан тяжкохворого може змінюватися у будь-який момент, тому він потребує постійної уваги і має бути під систематичним медичним наглядом протягом усього періоду цього стану.

Для забезпечення догляду за тяжкохворими організовують індивідуальний пост. Медична сестра постійно має бути біля хворого, стежити за його станом, кольором шкіри, частотою пульсу і дихання, АТ, виділеннями. Індивідуальний пост забезпечують необхідними засобами для догляду за тяжкохворими (поїльником, підкладним судном, грілкою, сечоприймачем, газовідвідною трубкою тощо) та надання їм невідкладної допомоги.

Для забезпечення тяжкохворим спокою і щоб не турбувати інших хворих, їх поселяють у палати на одне або двоє місць, обладнаних сигналізацією. Хворому забезпечують зручне положення в ліжку. Ліпше, щоб було функціональне ліжко. Для запобігання пролежням щодня перестеляють ліжко, двічі на день переминують постільну білизну. Простирадла, наволочки, сорочки мають бути без рубців, швів, застібок на поверхні, що прилягає до тіла хворого. Під сідниці хворого по всій ширині ліжка підкладають клейонку, зверху її застеляють простирадлом, яке по всій довжині підгортають під матрац, щоб не збиралися складки. Після сечовипускання та дефекації обмивають та висушують промежину, щодня оглядають ділянку лоноток, сідниць, хребта тощо. Хворим із нетриманням сечі підкладають гумове судно. Якщо у хворого сеча не відходить самостійно, йому ставлять катетер.

Ліжко тяжкохворого

Оскільки тяжко хвора людина більшість часу перебуває у ліжку, дуже важливо, щоб воно було зручним. У лікарні обов'язково мають бути функціональні ліжка, у яких можна підняти головний або ніжний кінець. Ліжка в палаті розташовують так, щоб забезпечити вільний доступ до хворого з усіх боків.

Підготовка постелі. Ліжко хворого застеляють так:

- На ліжко кладуть матрац із на матрациком, який має бути достатньої товщини, рівним, без горбів і западин. Для тяжкохворих, хворих із нетриманням сечі й калу матрац обшивають на 2/3 довжини клейонкою, щоб запобігти забрудненню його.

- Зверху стелять простирадло, край якого по всій довжині підгинають під матрац так, щоб воно не збиралося в складки. За потреби використовують пелюшки або невеликі простирадла під поперекову ділянку і таз.

- Під голову кладуть дві подушки: нижню — з пір'я, верхню — з пуху. На кожную подушку налягають наволочку. Подушки кладуть так, щоб нижня лежала рівно і дещо виступала з-під верхньої, а верхня випиралася в спинку ліжка.

- Хворого укривають ковдрою з підковдрою. Бажано, щоб ковдра була бавовняною або вовняною.

- Хворого забезпечують двома рушниками — для обличчя і для ніг.

Після виписування хворого матрац, ковдру, подушки здають у дезінфекційну камеру, а постільну білизну — у пральню.

НАДАННЯ ХВОРОМУ ЗРУЧНОГО ПОЛОЖЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ЛІЖКА

За допомогою ручок, умонтованих біля головного і ногого кінців ліжка або посередині ліжка, піднімають або опускають секції ліжка та надають хворому зручного функціонального положення, тобто такого положення, під час якого поліпшується функція хворого органа. Наприклад, при задишці піднімають головний кінець ліжка, щоб хворий набув напівсидячого положення. При різкому зниженні АТ головний кінець ліжка опускають до горизонтального рівня, а ногогий кінець піднімають. Таким чином поліпшується кровопостачання головного мозку.

НАДАННЯ ХВОРОМУ ЗРУЧНОГО ПОЛОЖЕННЯ У ЗВЧАЙНОМУ ЛІЖКУ

- Якщо можливо, використовують спеціальні підголовники.

- За відсутності підголовника використовують додаткову подушку, ватяну ковдру або матрац.

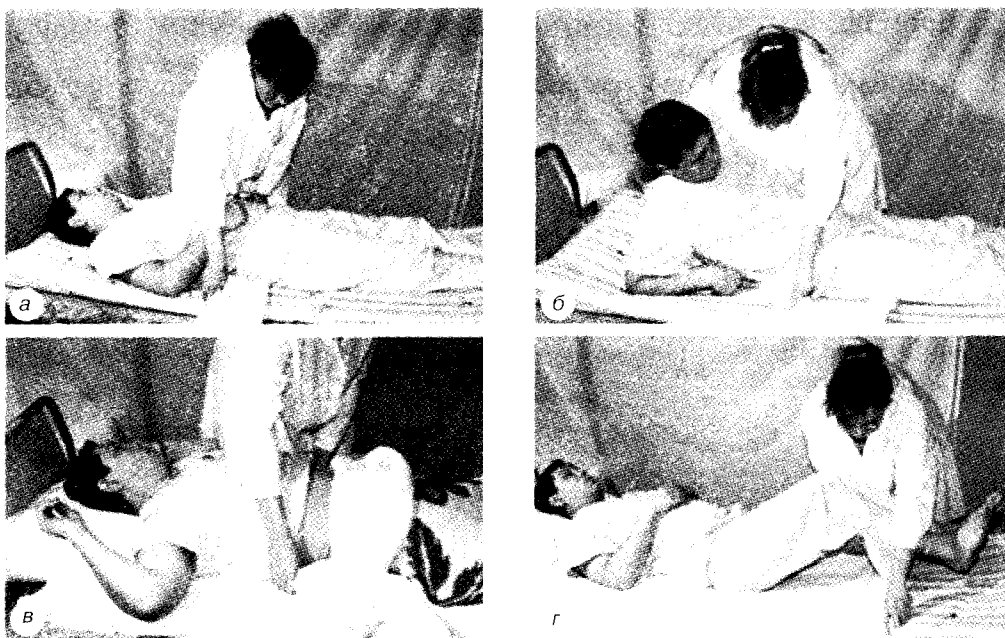
- Щоб хворий не зсувався униз, на ногогий кінець ліжка кладуть опору для ніг, зверху накривають її ковдрою і пелюшкою. У такому разі хворий спирається на неї ступнями. Інколи доцільно під матрац на рівні колін покласти валик із ковдри — хворий лежить із напівзгнутими ногами.

- Якщо потрібно надати підвишене положення нижній кінцівці, під гомілку кладуть подушку або шину Белера, обшиту пелюшкою.

- Якщо потрібно збільшити кровопостачання головного мозку, доцільно під ногогий кінець ліжка поставити табуретку або стілець.

Переміна постільної і натільної білизни тяжкохворим

Натільну і постільну білизну в стаціонарі перемінюють один раз на 7—10 днів або щоразу після забруднення. Під час переміни постільної білизни, якщо є певні умови і стан хворого задовільний, посадити його на стілець або перекласти на інше ліжко чи кушетку. Вологу від поту білизну потрібно прати, а не сушити. Для запобігання передаванню інфекції в лікувальних закладах змінювати і збирати брудну білизну потрібно в гумових рукавичках. Білизну, забруднену кров'ю або виділеннями, згорнути забрудненою поверхнею досередини і транспортувати в шільних клейончастих мішках. Для сортування білизни у відділеннях виділяється окрема кімната.



Мал. 42. Переміна постільної білизни тяжкохворому:

а — згорнене у валик простирадло опускають під поперек; б, в — припіднявши хворого, простирадло розгортають до головного кінця, г — до нижнього кінця

ПОСЛІДОВНІСТЬ ПЕРЕМІНИ ПОСТІЛЬНОЇ БІЛИЗНИ ТЯЖКОХВОРОМУ,
ЯКЩО ЙОМУ ДОЗВОЛЕНО ПОВЕРТАТИСЯ В ЛІЖКУ

1. Чисте простирадло згортають валиком по довжині до половини.
2. Піднімають голову хворого і забирають подушку.
3. Підсовують хворого на край ліжка і повертають його на бік.
4. Брудне простирадло згортають по довжині в напрямку до хворого.
5. На звільнену частину постелі розстеляють чисте простирадло, щоб його вільний край дещо звисав із ліжка.
6. Повертають хворого на спину, а потім на інший бік, тобто на частину ліжка, накриту чистим простирадлом.
7. Забирають брудне простирадло і розправляють чисте.
8. Повертають хворого на спину.
9. Край простирадла заправляють під матрац.
10. Кладуть під голову подушку.
11. Укривають хворого ковдрою з підковдрою.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ПЕРЕМІНИ ПОСТІЛЬНОЇ БІЛИЗНИ ТЯЖКОХВОРОМУ,
ЯКЩО ЙОМУ ЗАБОРОНЕНО ПОВЕРТАТИСЯ НА БІК (мал. 42)

1. Чисте простирадло згортають валиком до половини.
2. Трохи піднімають верхню частину тіла хворого, забирають подушку і згортають брудне простирадло з-під голови і спини до крижів.
3. На звільнене місце розстеляють підготовлене чисте простирадло.
4. На чисте простирадло кладуть подушку і опускають на неї голову хворого.

5. Потім піднімають таз хворого, прибирають з-під нього брудне простирadlo і продовжують розправляти чисте.

6. Піднімають ноги хворого, прибирають брудне простирadlo, розправляють чисте і опускають його ноги.

7. Заправляють край простирadla під матрац.

8. Кладуть під голову подушку.

Брудне простирadlo можна згорнути у два валики — від голови і від ніг до середини ліжка й акуратно прибрати. Під таз хворого покласти чисте простирadlo, розправити його в напрямку до голови і до ніг, а край заправити під матрац. Під голову хворого покласти подушку.

Запам'ятайте! *Перемінювати постільну білизну тяжкохворому потрібно з якомога меншою витратою його сил.*

ПЕРЕМІНА НАТІЛЬНОЇ БІЛИЗНИ

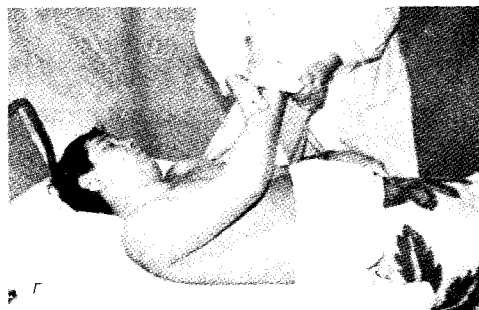
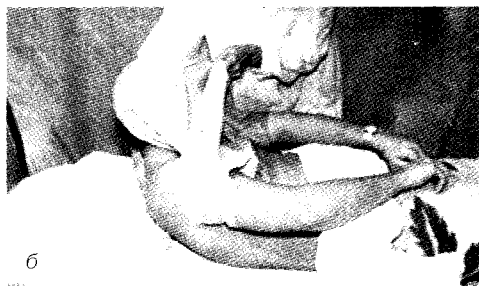
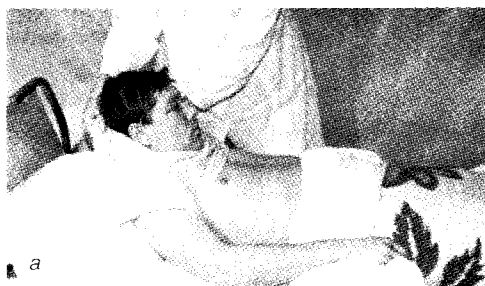
1. Підводять руки під крижі хворого, беруть край сорочки і обережно піднімають її ззаду до потилиці, а спереду — до грудей (мал. 43, а).

2. Піднімають обидві руки хворого і згорнуту у валик біля ший сорочку знімають через голову, а потім знімають рукави (мал. 43, б, в, г).

3. Одягають хворого у зворотному порядку: спочатку надягають рукава, потім перекидають сорочку через голову і розправляють її на спині хворого і на грудях.

4. Якщо у пацієнта хвора одна рука, то спочатку знімають рукав із здорової, а потім із хворої руки; одягають хворого у зворотному порядку, починаючи з хворої руки.

Якщо хворому потрібний повний спокій, то користуються сорочкою з розрізом уздовж усієї спини. Надягають таку сорочку лише на руки хворого, а край закладають під спину і розправляють.



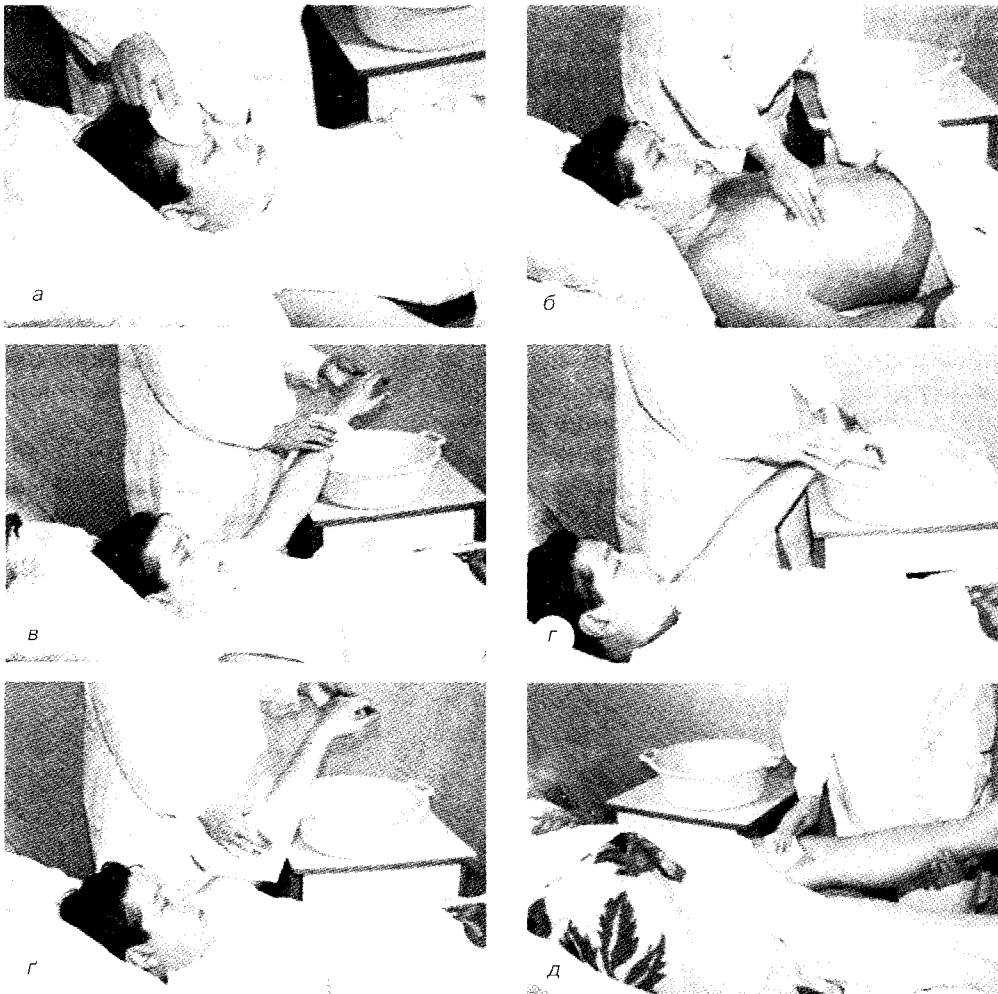
Мал. 43. Переміна натільної білизни

Особиста гігієна тяжкохворого

Догляд за шкірою

Шкіра виконує низку важливих функцій: бере участь у процесі дихання, регуляції температури тіла, обміні речовин, захищає організм від шкідливих зовнішніх впливів, а також є важливим органом чуття — шкірним аналізатором.

Головною умовою нормальної життєдіяльності шкіри є її чистота. Виділення потових і сальних залоз, змішані з поверхневим роговим шаром шкіри, що відшаровується, і пилом, постійно відкладаються на шкірі і перешкоджають нормальному фізіологічному процесам, які відбуваються в організмі. Забрудненість шкіри спричинює розмноження мікробів, у тому числі і хвороботворних. Шкіра пахвових ділянок



Мал. 44. Послідовність гігієнічного догляду за шкірою тяжкохворого:

а — протирання обличчя зволоженим тампоном; б — протирання шкіри грудної клітки;
в, г, г' — миття рук; д — миття ніг

додатково забруднюється секретом апокринових залоз, шкіра промежини — виділеннями сечових і статевих органів та кишок. До шкіри тяжкохворого ставляться підвищені вимоги, у зв'язку з чим утримання її в чистоті набуває особливого значення.

Хворі, які перебувають на загальному режимі, за відсутності протипоказань можуть приймати ванну або душ щодня, через день, але не рідше одного разу на тиждень.

Туалет шкіри тяжкохворим має проводити медична сестра: протирати шкіру рушником або ватним тампоном чи м'якою губкою, змоченими теплою водою або теплим розчином камфорного спирту чи оцту (1 столова ложка 9 % розчину на одну склянку води), після цього шкіру витирають сухим рушником (мал. 44).

Умивання тяжкохворих проводять не рідше двох разів на добу, а за потреби й частіше. Обличчя протирають м'яким рушником або ватним тампоном, змоченим теплою водою, потім витирають сухим рушником.

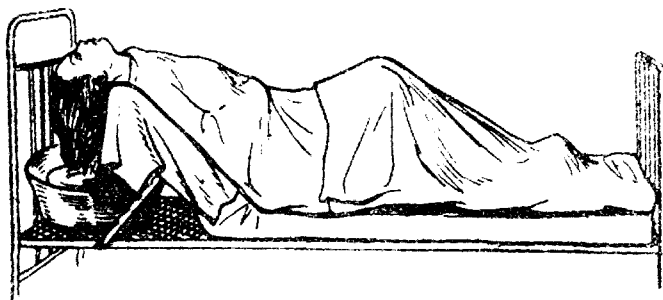
Миття рук тяжкохворим проводять не менше трьох разів на добу, а за потреби й частіше. Біля хворого ставлять миску, набирають у глечик воду і ллють її на руки хворого (якщо хворий спроможний намити руки, він це робить і самостійно змиває мило). Хворому в стані нерухомості медична сестра сама намилює руки, правою рукою змиває мило, а лівою поливає руки хворого з глечика.

Миття ніг тяжкохворому: медична сестра відгортає нижній кінець матраца, на сітку ліжка ставить миску з теплою водою і занурює в неї ноги хворого; намиленою губкою ретельно протирає поверхню ніг до середини гомілки, потім витирає їх сухим рушником, починаючи з міжфалангових проміжків. Якщо шкіра ніг уражена грибок, ці місця протирають протигрибковим розчином або маззю.

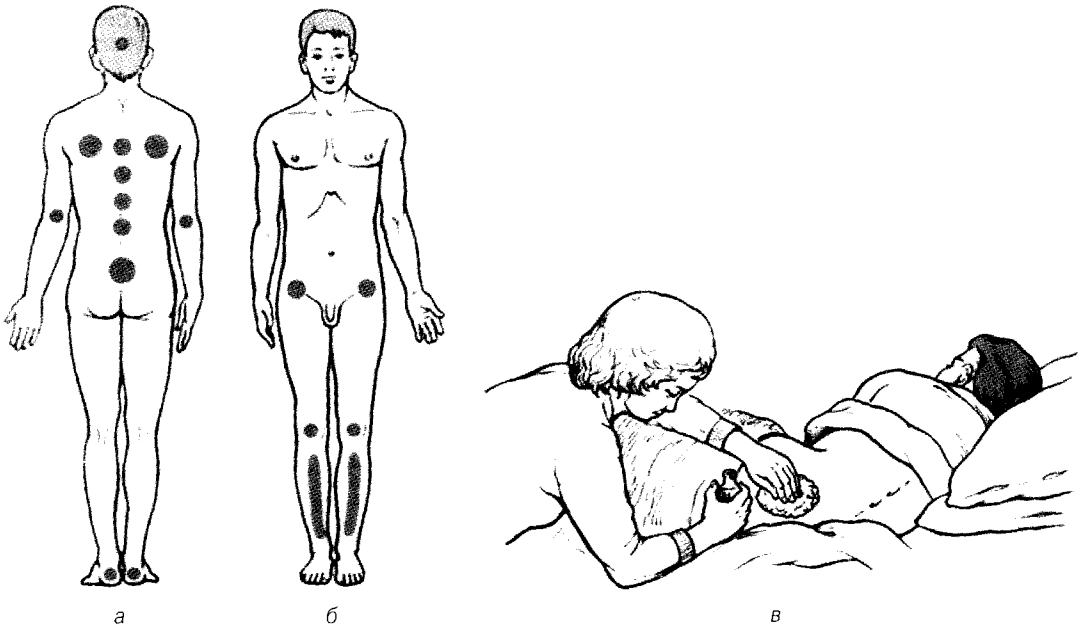
Догляд за волоссям тяжкохворих. У разі поганого догляду за волоссям воно стає жирним, утворюються ковтуни, з'являється лупа. Якщо хворий не спроможний самостійно розчісуватися — це робить медична сестра двічі на день. У кожного хворого має бути свій гребінець. Коротке волосся розчісують від коренів до його кінців, а довге, навпаки, поступово від кінців до коренів.

Миють волосся один раз на тиждень, якщо воно жирне, і один раз на 10—14 днів — якщо нормальне та сухе. У разі забруднення волосся під час блювання його миють негайно або одразу після поліпшення стану хворого. Волосся миють у ліжку (мал. 45).

- Головний кінець матраца підгортають під плечі хворого.
- Під голову та плечі підкладають спеціальну підставку, щоб голова була піднятою та відкинutoю назад.
- Під голову підставляють миску.
- Для миття застосовують рідинний шампунь або переварену воду з милом.
- Воду ллють на голову з глечика.

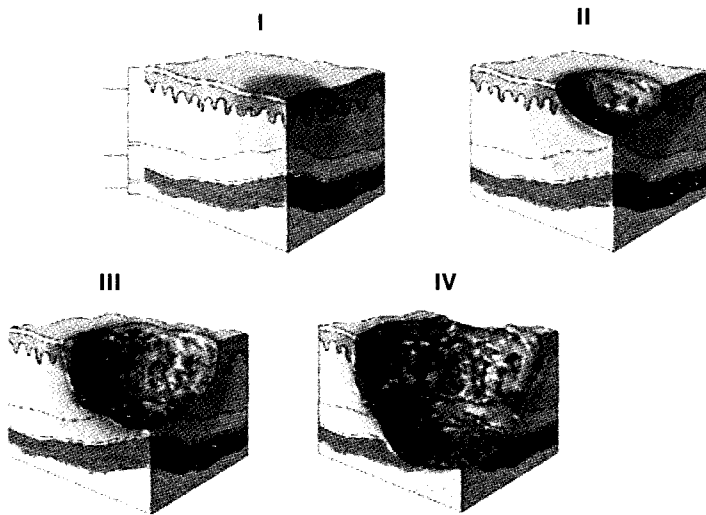


Мал. 45. Миття голови тяжкохворому



Мал. 46. Пролежні:

а, б — місця можливої локалізації; в — профілактика шляхом протирання камфорним спиртом



Мал. 47. Стадії формування пролежня:

I — блідість шкіри із наступним почервонінням, II — набряк та відшарування епідермісу, III — виразково-некротичні зміни шкіри та підшкірної жирової клітковини, IV — виразково-некротичне ушкодження м'язів та окістя

• Після миття волосся витирають насухо рушником та розчісують гребінцем. Стригти волосся потрібно не рідше одного разу на місяць.

Пролежень (змертвіння, некроз) — це дистрофічні, виразково-некротичні зміни шкіри, підшкірної жирової клітковини і навіть окістя, розвиток яких відбувається



Мал. 48. Пролежень

внаслідок порушення місцевого кровопостачання та іннервації. Пролежні утворюються там, де шкіра тривалий час стискується між кісткою і ліжком.

Якщо хворий лежить на спині, пролежні утворюються переважно в ділянці потилиці, лопаток, хребта, крижів, сідниць, ліктів та п'яток. Якщо хворий лежить на боці або животі, некротизуються ділянки великих вертлюгів, колін, передні поверхні гомілок (мал. 46).

Першою ознакою пролежнів є блідість шкіри з наступним почервонінням, набряком та відшаруванням епідермісу. Потім з'являються пухири і шкіра некротизується (мал. 47, 48).

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПІД ЧАС ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ ТЯЖКОХВОРОГО

1. За потреби під хворого підстеляють клейонку.
2. При нетриманні сечі й калу використовують памперси та прокладки, своєчасно їх міняють.
3. Полотняну серветку змочують теплою водою з оштом, відтискують і протирають шкіру в такій послідовності: обличчя, за вухами, шию, передню частину грудної клітки, живіт, руки, спину, сідниці, стегна, гомілки, ступні. Серветку періодично споліскують у чистій воді.
4. Особливу увагу звертають на складки шкіри, місця посиленого потовиділення, статеві органи, ділянку шкіри навколо заднього проходу.
5. Обмивають шкіру послідовно і одразу ж ретельно протирають чистим сухим рушником, щоб хворий не застудився. За потреби можна використати мило, 40 % розчин етилового спирту, одеколон.
6. Для обробки сухої шкіри використовують зволожувальні креми або різні види олій.
7. За наявності попріlostей їх обережно протирають м'яким тампоном, зволоженим блідо-рожевим розчином калію перманганату, шкіру висушують промоканням і припудрюють дитячою присипкою або тальком. Час від часу ці ділянки можна змащувати 1 % розчином брильянтового зеленого із наступним припудрюванням. Часткове оброблення шкіри тяжкохворого здійснюють щодня вранці і ввечері.
8. Навчають пацієнта самостійно змінювати положення тіла в ліжку.

ПРОФІЛАКТИКА ПРОЛЕЖНІВ

Устаткування: гідростатичне ліжко з плаваючою поверхнею або протипролежневій матраци; прокладки із хутра, поролону, подушки, наповнені поролоном, гелем, повітрям або водою; постільна білизна; памперси для дорослих; тепла вода, рідинне мило; зволожувальні креми або олії, захисні креми (за призначенням лікаря); графік зміни положення пацієнта, годинник.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ПРОЛЕЖНІВ

1. Змінюють положення пацієнта кожні 2 год, якщо дозволяє його стан. Пацієнтові, що перебуває в інвалідному візку чи кріслі, кожні 15—20 хв допомагають підводитися або нахилитися.

Запам'ятайте! Вибір положення та чергування їх залежать від захворювання та стану пацієнта.

2. Стежать за тим, щоб постіль була чистою, сухою, рівною, щоб на білизні не було складок і решток їжі. Усувають грубі шви на постелі та одязі.

3. Перевіряють стан постелі 3—4 рази на добу, а у пацієнтів з нетриманням сечі — щогодини.

4. Під сідниці підкладають надувний гумовий круг, застелений пелюшкою, під лікті та п'ятки — ватно-марлеві круги.

5. Двічі на день частково обробляють шкіру.

6. Місця можливого утворення пролежнів протирають ватним тампоном, змоченим одним із нижченаведених розчинів: 10 % камфорний спирт, 1 % саліциловий спирт, 40 % розчин етилового спирту, слабкий розчин оцтової кислоти (1 столова ложка оцту на склянку води).

7. Щодня кварцують шкіру спини та сідниць.

8. Дезінфікують використане обладнання.

9. Роблять запис про виконання процедури у листку призначень.

ОБРОБКА ТА ЛІКУВАННЯ ПРОЛЕЖНІВ

• Пролежні на початковій стадії (мацератії) обмивають холодною перевареною водою з милом, висушують, протирають 70 % етиловим спиртом і припудрюють тальком.

• Почервонілу шкіру періодично розтирають сухим рушником для поліпшення кровообігу і змащують 5 % розчином калію перманганату.

• Пухирі змащують 1 % розчином брильянтового зеленого, накладають суху асептичну пов'язку.

• Змертвілі тканини видаляють, рану закривають стерильною серветкою, змоченою розчином фурациліну 1:5000. Після очищення рани накладають мазеві пов'язки (10 % синтоміцинова мазь, 10 % стрептоцидова мазь та ін.).

Запам'ятайте! Занесення інфекції при пролежнях може призвести до сепсису і стати причиною смерті. Поява пролежнів є незаперечним свідченням поганого догляду за хворим.

Догляд за ротовою порожниною

Самоочищення ротової порожнини відбувається під час пережовування насамперед твердої і напівтвердої їжі. У тяжкохворих самоочищення ротової порожнини порушується. Крім цього, через слизову оболонку ротової порожнини виділяються продукти порушеного обміну речовин. Усе це спричинює забруднення слизової оболонки і призводить до ще більш інтенсивного розмноження мікроорганізмів. Запальні та гнилісні процеси в ротовій порожнині супроводжуються неприємним запахом.

Відсутність належного догляду за ротовою порожниною у тяжкохворих може призвести до стоматиту (запалення слизової оболонки ротової порожнини) або паротиту (запалення привушної слинної залози).

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ТУАЛЕТУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТЯЖКОХВОРИМ. ЯКІ У СТАНІ ПРИТОМНОСТІ

1. Допомагають тяжкохворому вимити руки.
2. Подають хворому ниркоподібний лоток.

3. Забезпечують його одним із розчинів для обробки ротової порожнини і ватними або марлевими тампонами.

4. Зволоженим тампоном хворий самостійно протирає зуби, а потім прополіскує ротову порожнину.

**ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ТУАЛЕТУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ
ТЯЖКОХВОРИМ, ЯКІ У НЕПРИТОМНОМУ СТАНІ**

1. Опускають підголовник ліжка, прибирають подушку. Надають хворому горизонтального положення, щоб промивні води не потрапили в дихальні шляхи.

2. Під голову підстеляють клейонку або пелюшку, складену в декілька шарів.

3. Голову хворого повертають ліпше ліворуч.

4. Під кут рота підставляють ниркоподібний лоток.

5. Шпателем відводять شوку.

6. Зволоженим марлевим або ватним тампоном, який утримують затискачем, обробляють зуби згори донизу із зовнішнього боку і по можливості — з внутрішнього.

7. За наявності нальоту на язиці його частково витягують назовні за допомогою язикоутримувача або зволоженої марлевої серветки і протирають тампоном, зволоженим не подразливим антисептичним розчином.

8. Ротову порожнину прополіскують теплим розчином з гумового балона або шприца.

9. Ротову порожнину та губи висушують сухим тампоном.

10. У разі пересихання слизової оболонки та язика їх обробляють олією із звіробою або обліпиховою. Також можна використати 10 % розчин бури в гліцерині, будь-яку олію або вершкове масло.

11. Ротову порожнину обробляють двічі на день.

Запам'ятайте!

- Якщо є знімні протези, перед обробкою ротової порожнини їх потрібно вийняти.
- Під час протирання верхніх корінних зубів відсунути شوку шпателем, щоб не занести інфекцію у вивідну протоку привушної слинної залози. У цьому разі слизову оболонку щокі протирає не бажано.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ОБРОБКИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

1. Знімні зубні протези у тяжкохворого виймають.

2. Ретельно промивають їх під струменем води з милом.

3. Протези зберігають у сухій склянці, яку прикривають марлевою серветкою.

4. Перед тим, як надіти зубні протези, знову промивають ротову порожнину і протези водою.

У разі стоматиту застосовують аплікацію розчину фурациліну 1:5000 або відвару ромашки на 3—5 хв. Процедуру повторюють кілька разів на день. Періодично прополіскують ротову порожнину 2 % розчином натрію гідрокарбонату або ізотонічним розчином натрію хлориду.

Для профілактики запалення привушної слинної залози тяжкохворому пропонують жувати суху цитринову шкірочку, сухарі або жувальну гумку.

Догляд за очима

Обробку очей здійснюють за наявності виділень із них, які склеюють вії і повіки. Промивають очі, щоб дезінфікувати кон'юнктивальний мішок при його запаленні, для видалення слизу або гною.

ПРОТИРАННЯ ВІЙ І ПОВІК

- Ретельно миють руки і обробляють їх 70 % етиловим спиртом.
- Ватний або марлевий стерильний тампон змочують одним із антисептичних розчинів (фурациліну 1:5000, калію перманганату 1:10 000, 2 % розчином борної кислоти) і накладають на очну щілину.
- Через 1—2 хв після розм'якшення кірки повіки протирають іншим стерильним зволуженим антисептичним тампоном у напрямку від зовнішнього кута ока до внутрішнього.

Запам'ятайте! Для кожного ока використовують окремі стерильні тампони, щоб запобігти занесенню інфекції.

ПРОМИВАННЯ ОЧЕЙ АНТИСЕПТИЧНИМИ РОЗЧИНАМИ

- Знезаражують руки.
- У стерильну ванночку наливають антисептичний розчин.
- Пропонують хворому взяти ванночку під дно, притиснути її до шкіри, нахилитися так, щоб повіки занурились у розчин. Рідина при цьому не повинна витікати із ванночки.
- Запропонувати хворому часто поморгати упродовж 1 хв, а потім, нахилившись уперед, поставити ванночку на стіл.
- Розчин у ванночці змінюють на свіжий, за потреби процедуру повторюють.
- Так само проводять лікувальні очні ванночки. Якщо очної ванночки немає, очі можна промити за допомогою піпетки, підставивши ниркоподібний лоток, у напрямку від зовнішнього кута ока до внутрішнього.

Догляд за вухами

Наявність гною у слуховому ході спричинює подразнення і запалення шкіри в ньому. При переломі основи черепа із вух може виділятися кров, яка є добрим поживним середовищем для мікроорганізмів. Мікроби можуть потрапити у головний мозок висхідним шляхом і спричинити його запалення (енцефаліт). Тому за наявності гною або кров'янистих виділень у слуховому ході потрібно своєчасно і систематично очищувати його.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПІД ЧАС ТУАЛЕТУ СЛУХОВИХ ХОДІВ

1. Голову хворого повертають набік.
2. Вушну раковину знизу і з боків обкладають пелюшкою.
3. Злегка відтягнувши вушну раковину вгору і назад, за допомогою гумового балона або шприца у слуховий хід вливають декілька мілілітрів теплої 3 % розчину водню пероксиду.
4. Вушну раковину просушують ватним тампоном або серветкою.
5. На кінець тонкого зонда з гвинтовою нарізкою знезараженими руками намотують стерильну гігроскопічну вату.
6. Лівою рукою відтягують вушну раковину трохи назад і вгору, а правою обережно вводять зонд у зовнішній слуховий хід і легким обертанням зонда очищують його.
7. За відсутності зонда для очищення слухового ходу використовують марлеву турундочку. Для її виготовлення беруть смужку марлі завширшки 3 см і завдовжки

10 см. Край смужки по довжині загинають і смужку туго скручують, потім складають удвоє і ще раз скручують. Таким чином утворився нібито джгутик, за допомогою якого обертовими рухами чистять слуховий хід.

8. Аналогічним способом із слухового ходу можна видаляти вушну сірку.

Увага! *Обережно користуйтеся зондом, щоб не пошкодити барабанну перетинку. Із цих міркувань не використовуйте інші предмети (сірники, пінцети).*

Використання підкладних суден і сечоприймачів

Тяжкохворі не спроможні самостійно користуватися туалетом, тому всі свої фізіологічні відправлення вони мають робити у ліжку, використовуючи судно та сечоприймач. У цьому їм допомагає медична сестра.

Підкладні судна бувають емалеві, гумові, фаянсові. У них видовжена або округла форма, закриваються кришками. Гумові судна використовують для ослаблених хворих, а також для хворих із пролежнями, при нетриманні калу та сечі. Для надуння такого судна використовують компресор. Якщо гумове судно міститься під хворим постійно, то його зверху покривають пелюшкою, а потім підкладають під хворого. На одного тяжкохворого потрібно мати 2—3 гумових судна.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ У ПОДАВАННІ СУДНА ТЯЖКОХВОРОМУ

1. Судно сполоснути теплою водою, щоб воно прогрілося.
2. Пропонують хворому підняти таз і підстеляють клейонку.
3. Якщо хворий дуже ослаблений, то підводять одну руку під крижі, допомагаючи йому підняти таз.
4. Іншою рукою підставляють судно під сідниці так, щоб промежина була над великим отвором, а трубка судна — повернена до колін (мал. 49).
5. Хворого прикривають ковдрою і залишають на деякий час самого.
6. Після акту дефекації судно обережно виймають з-під хворого, щоб не розлюпати вміст, накривають кришкою і виносять у туалет.
7. Вміст судна виливають в унітаз, судно промивають водою.
8. Хворого підмивають, висушують ділянку промежини, прибирають клейонку.



Мал. 49. Подавання судна тяжкохворому

Увага! Грубе подавання та виймання судна спричинюють швидке утворення пролежнів.

Сечоприймач — це зазвичай скляна посудина довгастої форми з короткою трубкою з отвором на кінці. Чоловічі та жіночі сечоприймачі різняться будовою лійки: у чоловічого — зверху є коротка трубка, у жіночого — трубка ширша, горизонтальніша, з відігнутими краями.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ПОДАВАННЯ СЕЧОПРИЙМАЧА ТЯЖКОХВОРОМУ

1. Сполоснути сечоприймач теплою водою.
2. Подати сечоприймач хворому в ліжку.
3. Одразу після сечовипускання вміст сечоприймача вилити в унітаз.
4. Провести туалет ділянки промежини і відхідника: хворого підмивають, витирають, прибирають клейонку.

ДЕЗІНФЕКЦІЯ СУДНА ТА СЕЧОПРИЙМАЧА:

- судно та сечоприймач після використання замочити у 3 % розчині хлораміну протягом 1 год;
- промити проточною водою і висушити;
- для видалення різкого аміачного запаху сечі сечоприймач періодично мити 2—3 % розчином хлористоводневої кислоти або порошками, які розчиняють солі сечової кислоти;
- зберігати судно в туалетній кімнаті у спеціальних комірках. Для тяжкохворих чисте судно постійно може стояти під ліжком у спеціальній комірці для суден, що пофарбована емалевою фарбою і вкрита клейонкою, яку двічі на день протирають 3 % розчином хлораміну.

Підмивання лежачого хворого

Показання: тяжкий стан пацієнта: суворий ліжковий режим або ліжковий режим з руховою активністю — не рідше двох разів на добу, а також після кожного акту сечовипускання чи дефекації.

Необхідні матеріали: стерильні лоток, гумові рукавички, марлева маска, марлеві серветки, корнданг, пінцет; ємність із теплою (35—37 °С) водою, ширма, судно, пелюшка, клейонка, фартух, глечик, ємності із дезінфекційним розчином.

ОСНОВНІ ЕТАПИ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Відгородити пацієнта ширмою.
2. Вимити руки, надягнути маску, рукавички, фартух.
3. Покласти пацієнта на спину, ноги злегка зігнути в колінах і розвести.
4. Підстелити під сідниці клейонку, пелюшку і підставити судно.
5. Протерти руки спиртом.
6. Стати праворуч від хворого.



Мал. 50. Підмивання тяжкохворого

7. Лівою рукою тримати глечик із теплою водою або теплим асептичним розчином і лити на серветку.
8. Корнцангом із марлевою серветкою у правій руці здійснювати рухи згори донизу лише в одному напрямку, після чого взяти нову серветку (мал. 50).
9. Вимити послідовно, часто змінюючи серветки, лобок, пахові складки, великі та малі соромітні губи.
10. Окремо вимити відхідник.
11. Висушити шкіру промежини сухими серветками у тій само послідовності — згори донизу.
12. Прибрати судно, клейонку, пелюшку.
13. Продезінфікувати оснащення.
14. Зробити запис про проведення процедури у листку призначень.

ПОНЯТТЯ ПРО РЕАНІМАЦІЮ

Реанімація (з лат. *reanimation* — оживлення) — це комплекс заходів, спрямованих на відновлення різко пригнічених життєво важливих функцій організму, насамперед дихання і серцевої діяльності. Заходами, спрямованими на оживлення організму, насамперед є непрямий масаж серця і штучне дихання.

Для життєдіяльності організму потрібне постійне надходження до нього кисню та виділення вуглекислоти. Ці процеси забезпечують органи дихання, кровообігу під контролем ЦНС. Тому ураження їх призводить до смерті. Між смертю і життям є своєрідні перехідні стани, при яких смерть ще не настала, але повноцінного життя вже не може бути. Такі стани називають *термінальними* (від лат. *terminalis* — кінцевий).

Процес умирання та його періоди

Медичні працівники мають володіти методами виконання найпростіших засобів оживлення організму при зупиненні серцевої діяльності і дихання, які можуть з'явитися у хворих у стані агонії, а іноді й при інших екстремальних ситуаціях (утоплення, електротравма тощо). Оживлення організму називається *реанімацією*.

Припинення життєдіяльності (смерть) може настати раптово (унаслідок нещасних випадків) чи передбачувано, як закономірний наслідок невиліковної хвороби. Клінічна динаміка умирання включає цілу низку патологічних процесів: припинення діяльності серця, кровообігу, порушення функції мозку, непритомність (протягом 1—2 с), розширення зіниць (20—30 с), зупинка дихання, передагональний стан, термінальна пауза, агонія (боротьба), клінічна смерть.

Передагонія — це стан хворого, коли фізіологічні механізми життєдіяльності організму перебувають у стані декомпенсації: ЦНС пригнічена, можливий коматозний стан; діяльність серця ослаблена, пульс ниткоподібний, АТ нижчий за критичний (70 мм рт. ст.); функції зовнішнього дихання та паренхіматозних органів порушені. Передагонія триває від декількох годин до декількох днів. За цей час стан хворого ще більше погіршується і настає термінальна пауза. Хворий непритомніє, шкіра блідне, ціанотичного відтінку, ниткоподібний пульс визначається тільки на сонних, стегнових артеріях; відзначається тахікардія, систолічний тиск нижчий 70 мм рт. ст. Дихання часте, неглибоке.

Термінальна пауза характеризується тимчасовим згасанням функції кори мозку, дихального центру, серця; АТ знижується до нуля, дихання припиняється. Цей період триває від 10 с до 4 хв.

Агонія — це стан хворого, коли внаслідок виснаження центрів життєдіяльності вишого порядку виходять з-під контролю (активізуються) бульбарні центри та ретикулярна формація. У хворого відновлюються м'язовий тонус та рефлекси, з'являється зовнішнє дихання (безладне, за участю допоміжних м'язів). Хворий неначе намагається захопити повітря відкритим ротом, але дихання неефективне, бо м'язи вдиху та видиху скорочуються одночасно. Серце дещо посилює роботу, систолічний тиск може підвищитися до 100 мм рт. ст. Над магістральними артеріями пальпується пульс. Нерідко прояснюється свідомість. Однак метаболічні порушення в клітинах організму стають незворотними. Стан хворого погіршується — швидко згоряють останні запаси енергії, акумульовані в макроергічних зв'язках і через 20—40 с настає клінічна смерть.

Клінічна смерть

Клінічна смерть — це стан організму протягом декількох хвилин після припинення кровообігу і дихання, коли повністю зникають усі зовнішні прояви життєдіяльності (припинення дихання і серцебиття), але в тканинах ще не настали незворотні зміни.

У цей час хворого ще можна врятувати, якщо надати йому допомогу негайно, тому що лише через 4—6 хв після клінічної смерті настає біологічна внаслідок кисневого голодування головного мозку і загибелі нервових клітин, що керують життєво важливими функціями організму. Термінальні стани можуть виникнути внаслідок важкого шоку, інсульту (крововиливу в мозок), інфаркту міокарда, тяжких отруєнь, уражень електричним струмом, утоплення та інших станів, що потребують негайної допомоги.

Основні ознаки клінічної смерті:

- відсутність самостійного дихання;
- відсутність пульсації над магістральними артеріями (сонною та стегною) і серцебиття;
- стійке розширення зіниць з відсутністю фотореакції.

Додаткові ознаки:

- зміна забарвлення шкіри (бліде, мертвотно-сіре чи синюшне);
- непритомність;
- відсутність рефлексів та втрата м'язового тону;
- опущення нижньої щелепи;
- відсутність АТ;
- поступове охолодження тіла;
- на ЕКГ асистолія або фібриляція;
- мимовільне сечовипускання та дефекація.

Триває стан клінічної смерті від 4 до 6 хв.

Важливим чинником, що впливає на тривалість клінічної смерті, є температура довколишнього середовища. При раптовому зупиненні серця стан клінічної смерті в умовах нормальної температури триває до 5 хв, при мінусових температурах — до 10 хв і довше. Тривалий період умирання значно погіршує ефективність реанімації.

Біологічна смерть настає тоді, коли внаслідок незворотних змін в організмі та насамперед у ЦНС повернення до життя неможливе.

Комплекс невідкладних заходів (реанімація)

При термінальних станах основне завдання першої допомоги — підтримання життя хворого до прибуття швидкої допомоги. Заходи реанімації мають проводитися одразу після розвитку важкого стану. Допомога при термінальних станах — це передусім заходи, спрямовані на усунення розладів серцевої діяльності й дихання (*непрямий масаж серця, штучне дихання методом рот до рота або рот до носа*). Реанімацію проводять протягом 40 хв і не менше або до прибуття швидкої допомоги, або до появи у хворого самостійного серцебиття, або до появи ознак біологічної смерті (появи трупних плям). Потерпілого вкладають горілиць на тверду поверхню, бажано з опущеною верхньою частиною тулуба. Рятівник, який не задіяний у реанімації, підіймає ноги потерпілого на 50—60 см догори для відтоку від них крові та збільшення кровонаповнення серця.

Головними реанімаційними заходами у разі призупинення кровообігу є масаж серця і штучне дихання, що їх обов'язково проводять одночасно, щоб якомога більше кисню надійшло у циркулюючу кров.

Штучна вентиляція легенів

Штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) виконують за методом рот до носа (мал. 51).

Показання. Зупинення дихання, патологічний тип дихання.

Перед початком ШВЛ переконатися в тому, що верхні дихальні шляхи відкриті. Для цього швидко відкрити потерпілому рот і слиз або рідину видалити хустинкою, серветкою, а найліпше відсмоктувачем. Знімні зубні протези вийняти. Розстібнути тісний одяг.

У перші хвилини клінічної смерті корінь язика, що западає, перекриває вхід у верхні дихальні шляхи. Щоб відкрити доступ повітря до легенів, голову потерпілого якомога далі закидають назад. Під плечі можна покласти валик з одягу, руку. З гігієнічних міркувань ШВЛ методом рот до рота або рот до носа проводять через хустинку, шматок марлі чи одяжі. Під час вдихання повітря в рот рекомендується одну руку покласти під шию, а другу — на чоло потерпілого. Вдуваючи повітря, одночасно вільними пальцями затискають ніздрі, щоб запобігти виходу його через ніс. Якщо рот судомно стискається, вдихання проводять через ніс. При вдиханні



Мал. 51. Штучне дихання:
а — рот до рота; б — за Сільвестром

повітря в ніс руку з потилиці переміщують на нижню щелепу, яку притискають до верхньої, щоб забезпечити герметизацію верхніх дихальних шляхів. Частота вдунань — 12 разів за 1 хв. Для забезпечення достатнього об'єму повітря, що вдувається, особа, яка проводить ШВЛ, має дихати глибоко.

Треба пам'ятати, що рухи грудної клітки в такт вдунанню — ознака правильного застосування методу. Якщо є повітропровідна трубка, особа, яка проводить ШВЛ, стає в узголів'я потерпілого і вставляє повітропровід у рот. Для цього язик відтягують язикотримачем або притискають його кінцем трубки до нижньої щелепи, повернувши її на 90°, щоб сферична поверхня спинки язика відповідала перегину трубки.

Щиток, який є на трубці, щільно притискають до губів, щоб перешкоджати виходу повітря, що вдувається. Щиток притискають вільним пальцем, а II і III пальцями виводять нижню щелепу вперед. Повітря вдують через трубку в момент максимального відкидання голови назад.

ШВЛ можна проводити із застосуванням маски.

Для ШВЛ також застосовують різні ручні дихальні апарати, оснащені мішком або міхом: вдих відбувається під час стискання мішка або міха руками під тиском 3,3—3,9 кПа (25—30 см вод. ст.). При цьому можна вдунути від 400 до 1500 мл повітря залежно від віку потерпілого. Видих відбувається пасивно завдяки еластичній тязі грудної клітки. Під час видиху мішок чи міх заповнюється атмосферним повітрям або киснево-повітряною сумішшю самостійно (розправлення мішка, міха). Треба звертати увагу на ритм дихання: вдих має бути удвічі коротшим, ніж видих.

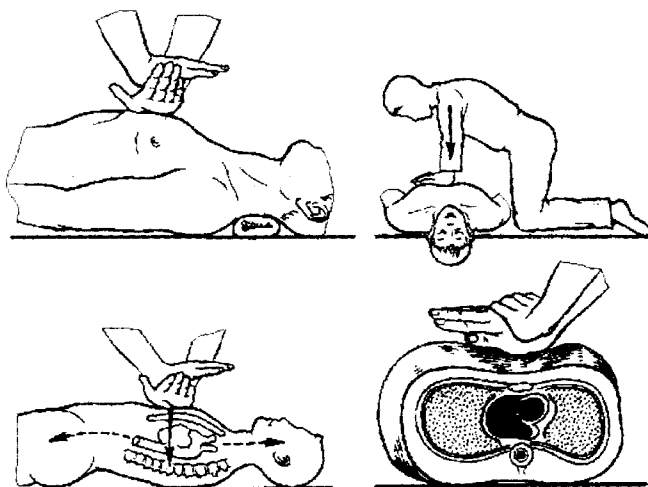
Непрямий (закритий) масаж серця

Показання. Зупинення кровообігу в стадії клінічної смерті.

Непрямий масаж серця виконують на твердій поверхні (дощі, підлозі, твердій кушетці тощо). У ділянці нижньої третини груднини серце прилягає ближче до передньої поверхні грудної клітки. Оскільки головним у масажі серця є видалення крові з його порожнини, стискання (надавлювання) проводять саме в цій ділянці, а не лівіше (ділянка верхівки серця), не нижче (ділянка шлуночків) і не вище (ділянка судин, що відходять від серця). Глибина вдавлення груднини в дорослої людини становить 3—4 см. Нижню третину груднини можна легко віднайти за такими орієнтирами. У верхній частині живота легко промацується хрящоподібне утворення — мечоподібний відросток. Він легко вгинається при надавлюванні пальцями. Вище від цього місця на 1,5—2 см по центру грудної клітки міститься грудна кістка, яка при надавлюванні пальцями не вгинається. Це і є ділянка нижньої третини груднини (мал. 52, 53).

Під час масажу серця в дорослих осіб надавлювання проводять обома руками. Щоб посилити надавлювання, руки кладуть одна на одну. Під час кожного стискання нижньої третини груднини уникають напружування м'язів рук, а ніби “скидають” масу своєї грудної клітки на руки. Для цього руку, на якій проводять натискання, не треба згинати в ліктьовому суглобі.

Натискання під час масажу проводять ривком тривалістю від 0,5 до 0,75 с, 1 раз на 1 с, тобто 60 разів за 1 хв. Почергово вдуючи повітря та натискаючи на груднину у співвідношенні 1:4, тобто на 4—5 надавлювань на грудну клітку, проводять одне енергійне вдунання повітря. На момент вдунання повітря масаж серця призупиняють, але не більше ніж на 3 с.



Мал. 52. Схема виконання непрямого масажу серця



Мал. 53. Непрямий масаж серця (а); у поєднанні зі штучним диханням (б)

Ознаки правильного проведення реанімаційних заходів: звуження зіниць, поява коротких дихальних рухів, нормалізація забарвлення шкіри, відчуття під пальцями артеріальної пульсації, синхронної з масажем; іноді навіть можна визначити АТ. Часом може відновитися серцева діяльність. Ці заходи слід проводити до прибуття спеціалізованої лікарської бригади.

За відсутності ознак ефективності реанімаційних заходів через 30 хв від початку їх застосування можна запідозрити наявність тяжких ушкоджень головного мозку. Проводити оживлення надалі недоцільно.

Клінічна смерть у стаціонарі

Найчастіші причини первинного зупинення серця:

- гостра серцева недостатність (ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, порушення серцевого ритму, раптова серцева смерть);
- гостре перекриття магістральних судин (тромбоемболія легеневої артерії);
- гострий значний дефіцит об'єму циркулюючої крові (синдром масивних крововтрат, виражена гіпогідратація);

- раптове зниження тону судин (гостра недостатність надниркових залоз, анафілактичний шок, соматогенний колапс при гострих отруєннях, ортостатичний медикаментозний колапс).

Найчастіші причини смерті при первинній дихальній недостатності:

- перекриття дихальних шляхів (коренем язика, блювотними масами, чужорідним тілом);
- пригнічення діяльності дихального центра (наркотичними анальгетиками, анестетиками);
- порушення біомеханіки дихання (судомні стани, міастенічний синдром, напружений пневмогемоторакс);
- рестриктивні розлади (масивна пневмонія, синдром шоків легенів, гемо-пневмоторакс).

Найчастіші причини первинної мозкової смерті:

- гострі судинні ушкодження головного мозку (субарахноїдальні крововиливи, геморагічний, ішемічний інсульт);
- синдром здавлювання мозку.

За хворими, у яких є загроза раптової смерті, в умовах стаціонару потрібно постійно спостерігати (моніторизація життєвих функцій). У разі порушення параметрів життєдіяльності таким хворим проводять коригувальну інтенсивну терапію. Тому клінічна смерть як несподіване ускладнення у лікарні має бути рідкісним явищем. Медичний персонал завжди повинен бути спроможним надати негайну реанімаційну допомогу.

Перелік апаратури, інструментарію та медикаментів, необхідних для реанімації.

Ручний портативний дихальний апарат, відсмоктувач із набором катетерів, електрокардіограф, дефібрилятор, роторозширювач, язикотримач, набір масок для обличчя та повітропроводів, ларингоскоп з інтубаційними трубками, набір голок для пункції серця та конікотомії, розчини адреналіну гідрохлориду, атропіну сульфату, натрію гідрокарбонату, лідокаїну гідрохлориду, кортикостероїдів, гемодинамічних інфузійних препаратів, одноразові системи для вливань, шприци, внутрішньосудинні катетери, централізоване подавання кисню.

Особливості надання реанімаційної допомоги у стаціонарі. У лікарні хворий помирає найчастіше в ліжку. Для забезпечення твердої поверхні (лише в цьому разі масаж серця буде ефективним!) під спину хворого негайно підкладають спеціально виготовлений щит (бильце від функціонального ліжка) або хворого зсовують на край ліжка, на раму або на підлогу. Тривалість першої стадії реанімації має бути мінімальною; уже через 5—7 хв потрібно надавати спеціалізовану медичну допомогу. Це значною мірою визначає ефективність реанімації.

При первинному зупиненні кровообігу (фібриляції серця), діагностованій протягом перших 20—30 с, доцільно здійснити “прекардіальний удар” — енергійно вдарити кулаком посередині груднини. Часом цей удар відновлює синусовий ритм і діяльність серця. У разі перекриття верхніх дихальних шляхів (тогальний ларингоспазм, ларингостеноз, стороннє тіло в голосовій щілині) для відновлення прохідності дихальних шляхів іноді вдаються до конікотомії або трахеостомії.

Прогноз реанімації найсприятливіший — при первинному припиненні дихання, найнесприятливіший — при первинній мозковій смерті.

Біологічна смерть

Біологічна смерть — це незворотне припинення життєдіяльності організму, яке настає після клінічної смерті.

Факт смерті констатує тільки лікар. Він фіксує в історії хвороби день, час і хвилини, коли вона настала. *Ознаками біологічної смерті* є поява зупинення дихання, відсутність пульсу та серцебиття, мертвотна блідість шкірних покривів, розслаблення м'язів, зникнення блиску очей, втрата чутливості, поступове охолодження тіла до температури довколишнього середовища, розширення зіниць і відсутність реакції їх на світло.

Вірогідними ознаками біологічної смерті людини є зниження температури тіла нижче 20 °С, наявність трупних плям, трупна залякність, ознака “кошачого ока”: при здавленні очного яблука збоку зіниця має овальну форму, що нагадує звужену зіницю кошачого ока.

Правила поводження з трупом. Лікар констатує смерть хворого і фіксує в історії хвороби точний час, коли вона настала. Після констатації біологічної смерті з трупа потрібно зняти одяг, покласти його горілиць і розігнути кінцівки. Нижню щелепу померлого підв'язують бинтом, закривають повіки, тіло вкривають простиралдом і залишають у ліжку протягом 2 год. Коштовності знімають із померлої людини у відділенні в присутності лікаря і передають на зберігання. Якщо не вдається зняти обручки, персні тощо, про це роблять відповідний запис в історії хвороби. Після утворення трупних плям на стегні померлого записують чорнилом його прізвище, ім'я, по батькові і номер історії хвороби. На додаток до історії хвороби оформляють супровідну записку до моргу, в якій вказують паспортні дані, номер історії хвороби, діагноз і дату смерті. Померлого в супроводі медичної сестри доставляють у патологоанатомічне відділення. Речі померлого (одяг, гроші, коштовності тощо) передають родичам під розписку, особисті предмети померлих від особливо небезпечних інфекцій (чума, холера) спалюють одночасно з трупом.

Контрольні питання

1. Які положення може займати хворий у ліжку?
2. Як приготувати постіль тяжкохворому?
3. Які способи переміни постільної білизни?
4. Як перемінити натільну білизну тяжкохворому?
5. У хворого перелом правої плечової кістки, накладено гіпс. Як перемінити йому сорочку?
6. Як доглядати за шкірою тяжкохворого?
7. Пролежні: причини утворення, профілактика.
8. Ранковий туалет тяжкохворого.
9. Як подати судно тяжкохворому в ліжку?
10. Процес умирання та його періоди.
11. Поняття “клінічна смерть”, “біологічна смерть”, основні клінічні ознаки.
12. Основні реанімаційні заходи під час зупинення серця.
13. Штучна вентиляція легенів: показання, техніка проведення.
14. Непрямий (закритий) масаж серця: показання, техніка проведення.
15. Які ознаки ефективності проведення реанімаційних заходів (відновлення кровообігу)?

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ

Основні принципи лікувального харчування

1. *Раціональне харчування* має на меті слугувати на користь поліпшення стану хворого та його одужання, впливати на причину захворювання і механізм розвитку хвороби (стан хворого на гіпертонічну хворобу може погіршити вживання великої кількості кухонної солі; хворого з тяжкою нирковою недостатністю — вживання м'ясних бульйонів тощо).

2. *Диференційоване харчування* з виділенням *групового харчування* (призначення однієї із 15 офіційних дієт) та *індивідуальні дієти* (дієти, які призначає лікар, виходячи з характеру захворювання та специфіки стану хворого).

Основні принципи індивідуальної дієти

- Принцип оберігання.
- Принцип коригування.
- Принцип заміщення.

Принцип оберігання хворої системи або органа пацієнта. Розрізняють *фізичне оберігання* — це дотримання температурного режиму страв: холодних — 10—15 °С (небезпека кровотечі з органів травлення) або гарячих — 55—65 °С (хворим із гарячкою); *механічне оберігання* — певне механічне подрібнення страв, певне кулінарне оброблення (загострення виразкової хвороби, запалення підшлункової залози, хворим із атонією кишок показана більш груба, багата на клітковину їжа); *хімічне оберігання*: а) зменшення хімічного подразнення при запаленні слизової оболонки травного тракту або при ерозії та виразках; б) зменшення або збільшення секреторної функції травних залоз; в) зменшення або збільшення моторної функції шлунка чи кишок.

Запам'ятайте! *Тривале оберігання може призвести до негативних наслідків: зниження функції хворого органа, розвиток авітамінозу, виникнення звичайних закрепів тощо.*

Тому спеціальну дієту потрібно призначати лише у період гострого захворювання або при загостренні хронічного, а переходити від спеціальної дієти до звичайної слід поступово (наприклад, 1а — 1б — 1).

Принцип коригування передбачає: а) збалансоване харчування, тобто потрібна кількість білків, жирів, вуглеводів, мінеральних солей, рідини; б) урахування енергетичної цінності харчового раціону залежно від виду захворювання, загального стану хворого

та його фізичної активності; в) дотримання певного режиму харчування; г) естетичне оформлення страв, створення спокійної обстановки під час споживання їжі.

Принцип заміщення означає, що за потреби хворому вводять ті речовини, яких в організмі бракує, що стало причиною захворювання (харчові білки хворим із тривалим голодуванням; продукти, багаті на вітаміни при авітамініозі).

Дієтичні столи та індивідуальні дієти

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

Дієта № 1 (основна)

Показання: гострі захворювання стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, які тривають протягом 1—3 міс., або хронічні захворювання, що загострилися: езофагіт, гастрит з підвищеною або нормальною кислотністю, дуоденіт, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у фазі помірного загострення.

Мета призначення: сприяння загоюванню виразок шлунка та дванадцятипалої кишки, ліквідації запальних процесів у верхніх відділах травного тракту.

Вилучають: страви, що довго затримуються в шлунку та подразнюють його (тваринні жири, рослинна клітковина), стимулятори шлункової секреції, гострі страви, прянощі, мішні бульйони, гриби, бобові, каву, шоколад, какао.

Обмежують: кухонну сіль, молочнокислі продукти.

Режим харчування: споживання їжі 6—7 разів на добу через кожні 2—3 год малими порціями. Більшу кількість їжі споживати під час 1-го, 2-го сніданку та обіду. Страви мають бути механічно подрібненими, вареними, протертими, приготованими на парі.

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

Дієта № 1а

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

Відмінності від дієти № 1: страви повинні бути рідинними або напіврідинними зі зменшеною енергетичною цінністю. Хворим дають багато вершків, молока, некруто зварені яйця (шоденно), молочні киселі.

Дієта № 1б

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

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

Дієта № 2

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

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

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

Обмежують: свіже молоко, вершки, сметану, тваринний жир.

Режим харчування: часте харчування — 5—6 разів на день.

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

Дієта № 3

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

Мета призначення: посилення перистальтики тонкої та товстої кишок, регулювання процесу випорожнення кишок.

Вилучають: овочі, багаті на ефірні олії (часник, цибуля, редька, бобові), гриби.

Обмежують: макаронні вироби, вироби з тіста, тістечка, жирні сири.

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

Рекомендовані продукти харчування та страви: овочі, багаті на рослинну клітковину (капуста, буряк, морква), житній хліб учорашньої випічки, круп'яні супи на овочевому, м'ясному або рибному бульйоні, нежирне м'ясо чи риба (варені, тушковані, парові), розсипчасті каші (окрім пшоняної), велика кількість кисломолочних продуктів, компот із сухофруктів, свіжих фруктів та ягід, печені яблука.

Дієта № 4

Показання: гострий ентерит, гострий коліт, хронічний ентероколіт, що загострилися. дизентерія в гострий період, що супроводжується проносами.

Мета призначення: значне механічне, хімічне та термічне оберігання тонкої та товстої кишк.

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

Обмежують: цукор, варення, вершкове масло.

Режим харчування: часте харчування — 5—6 разів на день. Протипоказана холодна їжа, а також надто гаряча.

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

Дієта № 4б

Показання: хронічний ентероколіт (особливо у поєднанні з хронічним гастритом) у період затихання гострих запальних явищ, дизентерія у період затихання гострих запальних явищ.

Вилучають та обмежують: ті самі продукти, що і в дієті № 4.

Рекомендовані продукти харчування та страви: перелік продуктів і страв подібний до такого дієти № 4, але заборонені м'ясні та рибні страви, сир, а також кисломолочні (знежирені) продукти, печені яблука, компот із сухофруктів, некруто зварені яйця.

Дієта № 5

Показання: хронічний гепатит доброякісного перебігу та прогресивний вірусний гепатит у період одужання хворого, цироз печінки в стадії компенсації, гострий гепатит у період одужання хворого, хронічний холецистит у стадії загострення, жовчнокам'яна хвороба.

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

Вилучають: смажені та жирні страви, що містять тяжкі для перетравлювання продукти неповного розщеплення жирів (акролеїни та альдегіди), сильні стимулятори секретії шлунка та підшлункової залози (молоко, кава, какао, шоколад, гриби, шавель, шпинат, соки, ягоди, особливо чорна смородина), екстрактивні речовини, прянощі, тугоплавкі жири, продукти, багаті на холестерин та пурини (вим'я, нирки, печінка, шавель, шпинат).

Режим харчування: часте харчування — 5–6 разів на день, останнє споживання їжі не пізніше ніж за 3 год до сну (бажано кефір, ацидофільне молоко з нежирним печивом).

Рекомендовані продукти харчування та страви: багато солодошів (мед, варення, мармелад, зефір, пастила), білий хліб учорашньої випічки, сухарі з білого хліба, супи круп'яні на овочевому відварі, нежирне відварене м'ясо або парові котлети з нього, нежирна відварена риба або парові котлети з неї, кисломолочні продукти, сири, напіврідинні каші (гречана, вівсяна), варені овочі, печені яблука; киселі з фруктів та ягід, відвар шипшини, варені яйця.

Дієта № 5а

Показання: гострий холецистит, загострення хронічного холециститу, гострий панкреатит або загострення хронічного панкреатиту, хронічний холецистит у поєднанні з виразковою хворобою шлунка або дванадцятипалої кишки. Дієту рекомендують у перші 5–6 днів після операції на жовчному міхурі.

Мета призначення: сприяння відновленню порушених функцій печінки та жовчовивідних шляхів, накопичення глікогену в печінці, стимуляція жовчовиділення, обмеження механічного подразнення шлунка та кишків.

Вилучення продуктів та режим харчування: такі само, що й при дієті № 5.

Рекомендовані продукти харчування та страви: приблизно такі само, але рекомендують страви більше механічно подрібнені, більшу кількість солодошів, яйця лише у вигляді омлету або суфле, м'ясо та рибу — у вигляді парових тефтелів та суфле, сир не дають, а тільки кисломолочні знежирені продукти, у великій кількості дають відвар шипшини.

Дієта № 6

Показання: подагра, сечокислий діатез.

Мета призначення: сприяння нормалізації пуринового обміну, зниження ендогенного утворення сечової кислоти.

Вилучають: тваринні жири, продукти, багаті на пуринові сполуки (сало, баранина, яловичий жир, печінка, нирки, шпроти), міцні бульйони, шпинат, шавель, бобові, шоколад, каву, какао.

Обмежують: кухонну сіль.

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

Рекомендовані продукти харчування та страви: продукти, що містять лужні радикали (овочі, особливо капуста, морква, буряк, фрукти, ягоди, молоко, рисова, гречана, вівсяна каші, картопля, окрім смаженої), мед, кавуни, дині, виноград, телятина, варена нежирна яловичина.

Дієта № 7

Показання: гострий нефрит у період загострення, хронічний нефрит із незначними змінами в осаді сечі, гіпертонічна хвороба зі змінами у нирках.

Мета призначення: оберігання функцій нирок, нормалізація впливу на АТ та набряки.

Вилучають: гострі страви, м'ясний та рибний бульйон, прянощі, каву, какао, шоколад, бобові, смажені м'ясо, рибу.

Обмежують: кухонну сіль — до 3—5 г на добу, рідину — до 800—1000 л, вершки, сметану, білки — до 140 г.

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

Рекомендовані продукти харчування та страви: супи вегетаріанські з овочів та круп, парові котлети з телятини або курятини, овочі варені, вінегрети, каші (гречана, вівсяна, манна), мед, варення, виноград, молоко, молочнокислі продукти, сир.

Дієта № 7а

Показання: гострий нефрит, загострення хронічного нефриту з виявленими змінами в осаді сечі.

Вилучають: ті само продукти, що й у дієті № 7, а також повністю кухонну сіль.

Рекомендовані продукти харчування та страви: приблизно ті само, що й у дієті № 7, але добова кількість харчових білків значно зменшується (до 50 г), збільшується кількість вуглеводів.

Дієта № 8

Показання: ожиріння за відсутності захворювань травного тракту, нирок, серцево-судинної системи.

Мета призначення: вплив на обмін речовин для запобігання або усунення надмірного відкладання жиру.

Вилучають: жирні сорти м'яса, макаронні та борошняні вироби, тістечка, інші кондитерські вироби, варення, прянощі, гострі приправи, що збуджують апетит, каву, какао, шоколад.

Обмежують: кухонну сіль — до 5—6 г на добу, рідину — до 1000 мл, вершки, сметану, вершкове масло, картоплю, каші (окрім гречаної).

Режим харчування: часте споживання їжі низької енергетичної цінності, достатньої для усунення відчуття голоду. Загальна енергетична цінність продуктів зменшується на 20—50% залежно від ступеня ожиріння та фізичної активності.

Рекомендовані продукти харчування та страви: вегетаріанські супи, багато варених та тушкованих овочів (кабачки, гарбузи, капуста, буряки, морква), молоко та молочнокислі продукти, знежирені сири, нежирні м'ясо та риба, гречана каша, фрукти та ягоди у сирому вигляді. Заправляти супи та каші слід олією, замість цукру вживати ксиліт, сорбіт.

Дієта № 9

Показання: цукровий діабет.

Мета призначення: створення умов, що підтримують позитивний вуглеводний баланс, запобігання порушенням жирового та білкового обміну.

Вилучають: варення, солодкий чай, компоти, макаронні та кондитерські вироби.

Обмежують: картоплю, бобові, солодкі фрукти (кавуни, виноград), кухонну сіль.

Режим харчування: споживання їжі — 5—6 разів на день. Рослинні вуглеводи розподіляти на весь день, на вечерю або на ніч обов'язково випити склянку кефіру або ацидофільного молока для зменшення бродильних та гнильних процесів у кишках.

Рекомендовані продукти харчування та страви: гречана каша, вегетаріанські супи, варені й тушковані м'ясо, риба, молоко, кефір, знежирений сир, олія, варені яйця або омлет.

Дієта № 10

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

Мета призначення: створення сприятливих умов для кровообігу, запобігання утворенню набряків або сприяння усуненню набряків, які вже є, поліпшення виділення азотистих речовин.

Вилучають: жирні м'ясні та рибні страви, бульйони, смажене м'ясо, овочі, тістечка, торти, печінку, нирки, вим'я, сало, гострі страви, прянощі, різні консерви, какао, шоколад, каву.

Обмежують: кухонну сіль, рідину — до 800—1000 мл на добу, шавель, шпинат, гриби.

Режим харчування: споживання їжі — 5—6 разів на день, вечеря має бути за 3 год до сну.

Рекомендовані продукти харчування та страви: супи круп'яні, овочеві, молочні, німецький бульйон I раз на тиждень, парові котлети або тефтелі, варена телятина, курятина, вівсяна та гречана каші, овочеві салати та вінегрет, фрукти, ягоди, соки з них, велика кількість олії.

Дієта № 10а

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

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

Вилучають: кухонну сіль, а також ті продукти, що у дієті № 10.

Обмеження: ті, що у дієті № 10.

Режим харчування: такий, як у дієті № 10.

Рекомендовані продукти харчування та страви: все у протертому вигляді, варені, парові, тушковані. Дотримуватися чергування дієти, подібної до дієти № 10, з розвантажувальними днями (молочними, фруктово-ягідними).

Дієта № 10б

Показання: атеросклероз із переважним ураженням судин серця, мозку, інфаркт міокарда у стадії рубцювання.

Мета призначення: запобігання подальшому розвитку атеросклеротичного процесу, при поєднанні атеросклерозу з ожирінням — зменшення маси тіла.

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

Рекомендовані продукти харчування та страви: продукти, що справляють ліпотронну дію, овочі, фрукти, ягоди, соки з них, продукти моря із багатим умістом йоду (морська капуста, трепанги), олія, вівсяна, гречана каші.

Дієта № 11

Показання: туберкульоз у стадії реконвалесценції (в умовах санаторію), виснаження організму після тяжких захворювань, у тому числі інфекційних, тяжка анемія, різні гнійні процеси.

Мета призначення: підвищення опірності організму до туберкульозної інфекції, підвищення імунної реактивності організму, загального стану організму, посилення живлення організму, поліпшення білкового та вітамінного балансу.

Вилучень та обмежень (окрім алкоголю, кави) немає.

Режим харчування: споживання їжі — 5—6 разів на день з рівномірним (окрім вечері) розподілом енергетичної цінності страв.

Рекомендовані продукти харчування та страви: збільшена загальна енергетична цінність їжі до 16 736 кДж (4000 ккал). Страви повинні містити велику кількість білків тваринного походження, вітамінів; м'ясо, риба — у будь-якому вигляді, овочі, фрукти, соки, яйця, різноманітні молочні продукти. Для збудження апетиту можна рекомендувати прянощі.

Дієта № 12

Показання: різні захворювання центральної та периферичної нервової системи.

Мета призначення: не подразнювати нервову систему.

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

Дієта № 13

Показання: тяжкі інфекційні захворювання, пневмонія в гострий гарячковий період, ангіна, гострий сепсис, післяопераційний стан.

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

Вилучають: смажені, гострі страви, жирні м'ясо, рибу, сало, каву, алкогольні напої.

Обмежують: кухонну сіль — до 8 г на добу, овочі, що містять багато клітковини (капуста, буряки, редька).

Режим харчування: часте харчування — 6—8 разів на день, їжа може бути гарячою або теплою, при підвищеній температурі тіла — охолодженою. Якщо хворий перебуває у тяжкому стані, удень багато спить, то його годують, коли він прокидається і навіть уночі.

Рекомендовані харчові продукти та страви: хворому дають багато рідини (до 2 л у вигляді соків, відвару шипшини, компотів). Страви мають бути рідинними або напіврідинними, ненаваристі рибні та м'ясні бульйони, хліб білий учорашньої випічки, білі сухарі, суп-пюре з каш на овочевому бульйоні, слизисті каші, некруто зварені яйця, молоко, вершки, сметана, кисломолочні продукти.

Дієта № 14

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

Мета призначення: сприяти відновленню кислої реакції сечі, таким чином запобігаючи випадання осаду фосфатів.

Вилучають та обмежують: продукти, що містять багато фосфору та кальцію: молоко, сир, каву, какао, шоколад, бобові, наваристі бульйони.

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

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

Дієта № 15

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

Мета призначення: в умовах лікувального закладу забезпечення харчування хворого за фізіологічними нормами.

Вилучають: жирне м'ясо (свинину, баранину), сало, тістечка, свіжий хліб.

Обмежують: гострі страви, прянощі, каву, какао, шоколад.

Режим харчування: споживання їжі — 4—5 разів на день.

Рекомендовані продукти харчування та страви: нежирне м'ясо, риба будь-якої кулінарної обробки, різні молочні продукти, овочі, картопля у вигляді різних страв та гарнірів, частина овочів у сирому вигляді (салати), фрукти, ягоди, соки та компоти з них.

Індивідуальні дієти

Є різні види індивідуальних дієт, що їх призначають хворим із певними варіантами перебігу тих чи тих захворювань. У стаціонарі страви для таких хворих готують окремо під пильним контролем палатного та дієтичного лікаря.

Нижче наведено декілька прикладів такого харчування.

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

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

2. При алергійних захворюваннях призначають так звані елімінаційні дієти, коли з харчування повністю вилучають продукти, відомі своєю алергенністю: цитрусові, горіхи, шоколад, какао, риба, ікра з неї, курячі яйця, суниці, полуниці.

Варіантами елімінаційної дієти є такі: безмолочна (коли у хворого алергія на молоко та різні вироби з нього); беззлакова (агліадинова), коли у хворого алергія на продукти харчування зі злакових.

3. При хворобах, що супроводжуються підвищеною кровоточивістю (гемофілія, тромбоцитна пурпура), у період загострення призначають так звану гематологічну дієту: усі страви дають у протертому, напіврідинному вигляді, негарячими; з дієти вилучають екстрактивні речовини, цитрусові, какао, рибу; дають багато молочних продуктів, особливо сиру, оскільки вони містять багато солей кальцію, які справляють кровоспинну дію.

Організація харчування хворих у стаціонарі

За лікувальне харчування у стаціонарі відповідають палатний (черговий) лікар, палатна медична сестра, старша медична сестра, дієтичні лікарі (у великих лікарнях) та дієтичні сестри.

Палатний лікар, оглянувши новоприбулого хворого, призначає йому певну дієту, повідомляє, яку дієту йому призначено, контролює дотримання її.

Палатна медична сестра виписує з листків призначень дієту хворих, яких госпіталізовано до відділення, складає порційну вимогу, де вказує кількість хворих, які одержують харчування за тим чи тим дієтичним столом, допомагає роздавальниці роздавати їжу, годує тяжкохворих.

Старша медична сестра перевіряє порційні вимоги, складені палатною медичною сестрою, та подає їх о 9.00 до харчоблока, контролює роботу роздавальниць та годування тяжкохворих палатними медичними сестрами.

Дієтичні лікарі та дієтичні сестри стежать за правильністю складання і застосування лікувальних дієт, консультують палатних лікарів відносно оптимального вибору лікувального харчування, стежать за правильністю приготування страв того чи того лікувального стола.

Дозвіл на роздавання дієтичних страв хворим дає *черговий лікар* після зняття проби.

Доставка страв із харчоблока до відділення. У буфетних кімнатах відділень є спеціальні відра та каструлі, промаркіровані відповідно до страв, які в них доставляються (наприклад, “Для перших страв”, “Для компоту” та ін.). Застосовувати ці ємності для інших потреб забороняється. Їжу з харчоблока перевозять до відділення спеціальним автотранспортом, який окрім продуктів нічого не перевозить. До відділен-

ня їжа подається спеціальним ліфтом, на дверях якого є напис "Ліфт для перевезення їжі". Двері ліфта відкриваються безпосередньо у буфетній кімнаті відділення.

Буфетна та їдальня є в кожному відділенні лікарні. Вони обладнані спеціальним устаткуванням: двосекційні ванни для миття посуду з кранами для холодної та гарячої води, електрокип'ятильники безперервної дії (щоб у відділенні завжди була переварена вода), сітки або сухожарові шафи для сушіння посуду, електроплита для підігріву страв, шафи для зберігання столового посуду, деяких продуктів (хліба, цукру, солі), холодильник для зберігання вершкового масла (його одержують уранці на весь день), стіл для нарізання хліба, стіл із гігієнічним покриттям для роздавання їжі, мийні та дезінфекційні засоби, інвентар для прибирання з позначкою "Для буфетної".

Робота працівників буфетної полягає в доставці їжі із харчоблока, за потреби — у підігріві її.

Роздати їжу потрібно протягом 2 год після її приготування. Їжу роздають буфетниця та чергова палатна медична сестра. Ні в якому разі до цієї справи не можна допускати молодшу медичну сестру. Їй також не можна доручати годування тяжкохворих.

Гігієнічні заходи, які мають проводитися у буфетній, та вимоги до її працівників полягають у такому: харчові відходи мають зберігатися у закритих відрах та своєчасно виноситися; кожні 1—2 міс. буфетниця проходить обстеження на наявність яєць глистів, дизентерійної палички, венеричних захворювань; перед відвідуванням туалету роздавальниця має зняти халат, у якому роздає їжу.

Посуд миють у двосекційній ванні: в одній секції миють, а в іншій — споліскують. У цій же ванні посуд замочують у 0,2 % розчині хлораміну на 30 хв — 1 год. Після цього посуд споліскуюють у цій само ванні. Чистий посуд сушать у сухожаровій шафі.

Годування тяжкохворих

Оснащення: приліжковий столик, тарілка глибока, тарілка мілка, ложка, виделка, склянка або чашка, серветка або рушник, поїльник, поліхлорвінілова трубка.

Значення умовно-рефлекторних подразників для збудження апетиту. Збудженню апетиту сприяє низка умовних рефлексів, що пов'язані з часом споживання, запахом їжі, її зовнішнім виглядом, нервуванням хворого, з усіма обставинами, які передують споживанню їжі.

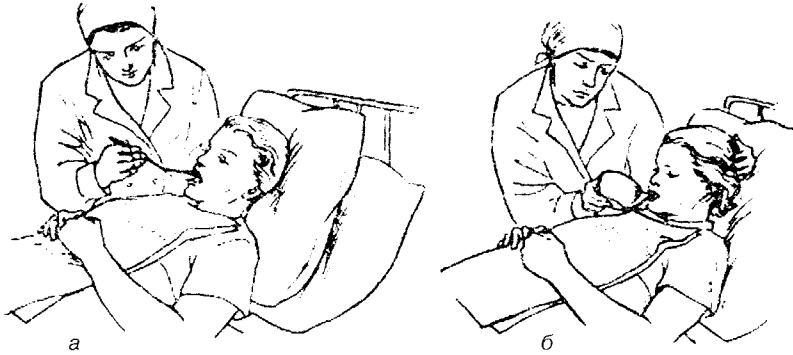
Усілякі подразники больового характеру або негативні емоції можуть погіршити апетит. Під час роздавання їжі персонал має дотримуватися чистоти. Руки, одяг, посуд, столові прибори, підноси, засоби транспортування їжі мають бути бездоганно чистими. Їжа має бути теплою, смачною, привабливого вигляду.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ПІД ЧАС ГОДУВАННЯ ХВОРОГО (мал. 54)

1. До моменту споживання їжі завершити всі лікувальні процедури, запропонувати хворим здійснити фізіологічні відправлення.

2. Узгодити дії молодшої медичної сестри: щоб вона спорожнила всі судна і сечоприймачі, встигла прибрати і провітрити палати, допомогла тяжкохворим вмити руки.

3. Якщо тяжкохворий не спроможний сидіти в ліжку, надати йому напівсидячого положення, трохи піднявши підголовник або підклавши під спину декілька подушок.



Мал. 54. Годування тяжкохворого з ложки (а), із поїльника (б)

4. Шию та груди прикрити серветкою чи рушником.
5. Установити перед хворим на потрібній висоті надліжковий столик.
6. Лівою рукою трохи підняти голову хворого разом із подушкою, а правою підносити йому до рота ложку з їжею.
7. Годувати хворого малими порціями з достатніми паузами, щоб він мав можливість добре прожувати їжу і не похлинувся.
8. Не вливати їжу насильно, якщо хворий не ковтає, оскільки потрапляння їжі в дихальні шляхи може спричинити тяжкі ускладнення.
9. За відсутності апетиту застосувати до хворого індивідуальний підхід. На одного хворого подійте ласкою, переконанням, на іншого — строгістю, третьому дозвольте вибрати самому одну з дозволених страв, які в цей день є в меню.
10. Якщо хворому тяжко жувати, дати йому рідинну або протерту їжу.
11. Не давати гарячу їжу.
12. Не дозволяти хворому розмовляти під час годування, щоб їжа не потрапила в дихальні шляхи.
13. Не наполягати на тому, щоб хворий з'їв усю порцію одразу: після невеликої перерви підігріти їжу і продовжити годування.
14. Не залишати їжу на приліжковій тумбочці біля хворого.
15. Невикористану їжу і брудний посуд віднести у буфетну.
16. Протерти столик дезінфекційним розчином.

Як напоїти тяжкохворого

- Рідинну їжу (протертий суп, молоко, кисіль, соки, чай) давати з поїльника або невеликого звичайного чайника.
- Можна використати поліхлорвінілові трубочки завдовжки 20—25 см і звичайну чашку або склянку.

ЗНЕЖИРЕННЯ, ДЕЗІНФЕКЦІЯ І МИТТЯ ПОСУДУ

- Використаний посуд спочатку вимити в спеціальних металевих ваннах із використанням знежирювальних речовин.
- Сполоснути посуд гарячою водою.
- Проздезінфікувати посуд в 1 % розчині хлораміну протягом 30 хв.



Мал. 55. Годування тяжкохворих через зонд

- Ретельно сполоснути посуд проточною водою і, не витираючи, поставити у спеціальну сушку.

Годування хворих через зонд (мал. 55)

Показання: широкі травматичні ушкодження і набряк язика, глотки, гортані, стравоходу; бульбарний параліч (захворювання мозку з розладом ковтання і мови); непритомний стан; відмова від їжі при психічних захворюваннях.

Перелік сумішей, що їх використовують для годування хворого через зонд

Для годування хворих через зонд найчастіше використовують суміші:

- приготовлені перед уживанням із рідинних компонентів (молока, вершків, сметани, яєць, бульйону) з додаванням сухого молока, цукру, протертого м'яса, риби;
- із продуктів дитячого харчування ("Малютка", "Малыш", "Здоровье");
- різні ЕНПТи (білковий, знежирений, безлактозний);
- гомогенізовані консервовані промислового виробництва із натуральних продуктів (м'ясо-овочеві, м'ясо-круп'яні, молочно-круп'яні, молочно-фруктові);
- промислові швидкорозчинні, виготовлені на основі білків, жирів та вуглеводів рослинного походження;
- синтетичних амінокислот, простих цукрів, вітамінів, мінеральних речовин із низьким умістом жирів.

ПРАВИЛА ГОДУВАННЯ ХВОРИХ ЧЕРЕЗ ЗОНД

1. Організм хворого має звикнути до нового способу споживання їжі, тому в 1-й день дають близько 50 % добової норми енергетичної цінності продуктів.
2. У наступні 2—3 дні кількість суміші поступово збільшують, а з 4-го дня дають увесь об'єм харчування.

УВЕДЕННЯ ШЛУНКОВОГО ЗОНДА НЕПРИТОМНОМУ ХВОРОМУ

1. Узяти тонкий стерильний зонд чисто вимитими руками, заокруглений кінець змастити гліцерином.
2. Увести зонд через носовий хід, просовуючи його поступово вздовж внутрішньої стінки, нахилиючи при цьому голову хворого трохи назад.
3. Після того як зонд увійде в носоглотку на глибину 15—17 см, голову хворого нахилити трохи вперед.
4. Вказівний палець однієї руки обгорнути бинтом або серветкою, увести в рот, дістатися кінця зонда, злегка притиснути його до задньої стінки глотки, а другою рукою просунути зонд далі.

5. Перевірити, чи не потрапив зонд у трахею. До зовнішнього краю зонда піднести пушинку вати, подивитися, чи не коливається вона під час дихання.

6. Увести зонд у шлунок до помітки 55 см.

Якщо ввести зонд через носові ходи неможливо, його вводять через рот із використанням ларингоскопа.

УВЕДЕННЯ ХАРЧОВИХ СУМІШЕЙ ЧЕРЕЗ ЗОНД

1. До зовнішнього кінця зонда приєднати лійку або циліндр від шприца Жане.
2. Поступово вилити в лійку або в циліндр підігріту харчову суміш.
3. Улити в лійку чи циліндр шприца чисту воду, тобто промити зонд чи циліндр і від'єднати від зонда.
4. Зовнішній кінець зонда перекрити затискачем.
5. Смушками лейкопластиру прикріпити зонд до шиї.
6. Повторити процедуру декілька разів на день за призначенням лікаря.
7. Зонд залишити в шлунку на увесь період штучного годування — близько 2—3 тиж. Якщо хворий тривалий час залишається у непритомному стані і щоб він ненароком не вийняв зонд, його фіксують до шкіри обличчя або до крила носа лігатурою за допомогою голки і голкотримача.

Парентеральне харчування хворих

Необхідність і особливість уведення розчинів глюкози. Зважаючи на те, що запасів вуглеводів у вигляді глікогену в організмі людини вистачає лише на одну добу, а нервові клітини, еритроцити, паренхіма нирок і печінки в нормі не можуть використовувати енергію жирних кислот, то за відсутності природного харчування хворому вже через добу потрібно вводити парентерально розчин глюкози з додаванням інсуліну з розрахунку 1 ОД на 4 г сухої речовини глюкози. Найчастіше застосовують внутрішньовенне уведення розчинів.

Необхідність уведення сольових розчинів і вітамінів. Для регуляції електролітного балансу часто вводять такі розчини: ізотонічний натрію хлориду; 4 % калію хлориду; 10 % кальцію хлориду; 25 % магнію сульфату. Також вводять готові кристалоїдні розчини: Дисоль, Трисоль, Ацесоль, Хлосоль, Лактасоль.

Для регуляції обміну речовин потрібно вводити розчини вітамінів: 6 % тіаміну бромід (вітамін В₁); 5 % піридоксину гідрохлорид (вітамін В₆); 0,003 %, 0,01 %, 0,02 %, 0,05 % ціанокобаламіну (вітамін В₁₂); 5 %, 10 % аскорбінової кислоти (вітамін С).

Необхідність і особливість уведення білкових гідролізатів, жирових емульсій. Для забезпечення білкового харчування вводять суху або нативну плазму, розчини альбуміну або протеїну, білкові гідролізати (амінон, гідролізін, гідролізат казеїну, амінопептид). У разі швидкого уведення гідролізатів можуть виникнути відчуття жару, гіперемія обличчя, утруднене дихання. Тому починати вводити білкові гідролізати слід повільно, з 10—20 крапель за хвилину протягом 30 хв, а потім збільшити до 25—35 крапель за хвилину. Виснаженим хворим (унаслідок раку травного тракту, тяжких операцій) призначають внутрішньовенне уведення жирових емульсій (ліпофундин, інтраліпід).

Уведення інсуліну у флакон з розчином глюкози за призначенням лікаря

- Чисто вимитими і знезараженими руками взяти флакон із розчином глюкози (10 %, 20 %, 33 %), прочитати уважно напис на етикетці.
- Відібрати необхідну кількість флаконів із розчином глюкози і визначити кількість сухої речовини (глюкози) в розчині. Так, якщо хворому призначено 1200 мл 10 % розчину глюкози, потрібно відібрати 3 флакони ємністю по 400 мл. Визначається шляхом усних математичних підрахунків. У кожному флаконі міститься 40 г глюкози.
- Визначити, яку кількість одиниць інсуліну потрібно увести у кожний флакон із розчином глюкози. Кількість сухої речовини глюкози, тобто 40 г, поділити на 4 г. Таким чином, у кожний флакон із розчином глюкози потрібно увести 10 ОД інсуліну, тобто 0,25 мл препарату.
- Зняти знімну частину металевого ковпачка флакона з інсуліном, продезінфікувати корок стерильним ватним тампоном, змоченим 70 % етиловим спиртом.
- Набрати в одно- або двомілілітровий шприц 0,25 мл (10 ОД) інсуліну, проколоти голкою корок флакона з розчином глюкози і увести інсулін. Одразу після цього відтягнути у шприц розчин глюкози із флакона і ним промити шприц і голку з тим розрахунком, щоб увести у флакон залишки інсуліну.
- Вийняти голку із флакона і таким чином увести потрібну кількість інсуліну в кожний флакон з розчином глюкози.

Уведення сольових розчинів, вітамінів

- Уважно прочитати призначення лікаря і, суворо дотримуючись його, приготувати сольові розчини для внутрішньовенного введення. Найчастіше сольові розчини готують на ізотонічному розчині натрію хлориду або розчині Рінгера.
- У сольові розчини за призначенням лікаря, дотримуючись точного дозування, додати вказані у листку лікарських призначень вітаміни.

Запам'ятайте!

Вітамін В₁ (тіаміну бромід) і вітамін В₆ (піридоксину гідрохлорид) не сумісні. Тому вводять їх окремо і зазвичай у різні дні.

Якщо після приготування лікарського "коктейлю" розчин у флаконі помутнів, виникла небажана реакція. Обов'язково про це потрібно повідомити лікаря. З'ясувати причину несумісності ліків і приготувати лікарський "коктейль" повторно.

Уведення білкових гідролікатів, жирових емульсій

- Якщо хворому призначено білковий гідролікат і розчин глюкози, флакони глюкози і білкового гідролікату з'єднати стерильною поліхлорвініловою трубочкою для того, щоб розчини змішувались. У такому стані введення білкових гідролікатів хворим переноситься краще.
- Якщо у хворого виникне відчуття жару, гіперемія обличчя, утруднене дихання, гідролікат тимчасово відключити і вводити розчин глюкози, згодом обережно підключити паралельно гідролікат.
- Якщо у хворого виникли нудота, блювання, свербіж, гарячка, введення препарату припинити і негайно покликати лікаря, але систему з вени не відключати, а

тимчасово переключити її на розчин глюкози або ізотонічний розчин натрію хлориду.

• Жирові емульсії у перші 10 хв вводити зі швидкістю 20 крапель за хвилину, поступово протягом 30 хв кількість крапель збільшити до 50 за хвилину і з такою швидкістю продовжувати вводити препарат.

Запам'ятайте!

1. У жирову емульсію не можна додавати вітаміни, електроліти, інші ліки.
2. Білкові гідролізати вводити підігрітими. Для цього грілку з теплою водою покласти на трубку системи і, щоб довше зберегти тепло, прикрити її ковдрою.
3. У перші 30 хв білкові гідролізати вводити зі швидкістю 10–20 крапель за хвилину.

Способи очищення кишок

Використання газовідвідної трубки, клізм

Газовідвідну трубку застосовують у тяжкохворих у разі посиленого газообміну в кишках. Накопичення газів у кишках (метеоризм), які не виходять самостійно, спричиняють біль у черевній порожнині та болісно переносяться хворими. Метеоризм може призвести до погіршення стану хворого, спричинити розлад серцевої і дихальної діяльності, порушення багатьох функцій організму. Очисна клізма зменшує газоутворення й відводить гази, але вона дає короточасний ефект.

Газовідвідна трубка — м'яка товстостінна полірована гумова трубка завдовжки 30–50 см, діаметром 3–5 мм. Кінець трубки, що його вводять у кишки, заокруглений довкола центрального отвору, на іншому кінці поперечний зріз.

Оснащення: газовідвідна трубка, вазелін, клейонка, судно, марлеві серветки, присипка, гумові рукавички (для медичної сестри).

Показанням до використання газовідвідної трубки є метеоризм — накопичення великої кількості газу в кишках.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ ТА МЕТОДИКА ВВЕДЕННЯ ГАЗОВІДВІДНОЇ ТРУБКИ

1. Надягають гумові рукавички.
2. Підстеляють клейонку під таз хворого.
3. Надають хворому положення на лівому боці з приведеними до живота ногами. Якщо хворого не можна повертати на бік, процедуру проводять у положенні хворого на спині при зігнутих у колінах і дещо розведених ногах.
4. Заокруглений кінець трубки змащують вазеліном.
5. Розводять сідниці і, не поспішаючи, обертовими рухами вводять трубку в пряму кишку на глибину 20–30 см.
6. Залишають трубку в кишках не довше ніж на 2 год.
7. Виймають трубку, шкіру довкола відхідника протирають серветкою, за потреби миють теплою водою або припудрюють присипкою.
8. Процедуру можна повторити декілька разів протягом доби.

ДЕЗІНФЕКЦІЯ ГАЗОВІДВІДНОЇ ТРУБКИ

1. Газовідвідну трубку після використання замочити у 3 % розчині хлораміну на 1 год.

2. Промити трубку мийним розчином, а потім — проточною водою.
3. Прокип'ятити трубку в дистильованій воді протягом 30 хв.

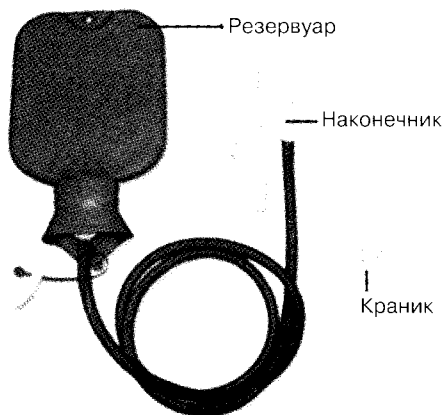
Застосування клізм

Клізма (із грец. “klisma” — промивання) — це введення у кишки через пряму кишку різних рідин з діагностичною або лікувальною метою. Розрізняють клізми очисні, сифонні, лікарські і краплинні. З *лікувальною метою* призначають очисні, стимулювальні, сифонні, живильні (для введення поживних речовин в організм ослаблених хворих) та лікувальні клізми; з *діагностичною* — клізми, призначені для введення в кишки контрастних речовин для рентгенологічного дослідження. Очисні та сифонні клізми призначають перед проведенням інструментальних досліджень, операцій; лікувальні — для введення медикаментозних препаратів загального та місцевого призначення. Очисні і стимулювальні клізми призначає лікар або досвідчений середній медпрацівник; лікарські і живильні клізми — лише лікар.

Накопичений і узагальнений досвід застосування очисних клізм дає змогу стверджувати, що очисна клізма є небезпечною процедурою, оскільки це значне втручання у функціонування товстої кишки і всього організму. Невиправдане безконтрольне використання цих клізм може призводити до серйозних захворювань. Мікрофлора товстої кишки сприяє засвоєнню вуглеводів і білків, завдяки цьому організм одержує до 10 % потреби добової енергії. Щодня з тонкої в сліпу кишку надходить 1000—1500 мл води разом із кишковим умістом, а з калом за добу виділяється не більше ніж 100—150 мл води, тобто 90 % рідини всмоктується. Пригнічення мікробної флори у разі використання очисних клізм і антибіотиків широкого спектра дії призводить до порушення роботи товстої кишки і дефіциту необхідних речовин.

Протипоказання до застосування клізм: гострі запальні та виразкові процеси у прямій кишці, гострий апендицит, перитоніт, кишкові кровотечі, геморой, що кровоточить, онкологічні захворювання товстої кишки у стадії розпаду, тріщини відхідника, випадання прямої кишки, різкий біль під час виконання процедури.

За допомогою клізми вводять рідину в нижній відділ товстої кишки для лікування і діагностики. Для виконання клізм використовують грушоподібний гумовий балон (спринцівку) з м'яким або твердим наконечником, або куюль Есмарха (спеціальна ємкість на 1—1,5 л), або лійку, які за допомогою гумової трубки з краном з'єднані з наконечником, що його вводять у пряму кишку (мал. 56).



Мал. 56. Загальний вигляд медичної клізми

Очисна клізма

Очисну клізму застосовують для очищення кишок від калових мас і газів, для розрідження та видалення вмісту нижніх відділів товстої кишки при стійких закрепках, для видалення токсичних речовин при отруєннях, перед операціями і пологам, рентгенологічними дослідженнями травного тракту й ендо-

скопічними дослідженнями товстої кишки, перед застосуванням лікувальних та поживних клізм.

Протипоказання: гострі запальні й ерозивно-виразкові ураження слизової оболонки товстої кишки, деякі гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини (гострий апендицит, гострий перитоніт), шлунково-кишкові кровотечі, пухлини товстої кишки у стадії розпаду, перші дні після хірургічного втручання на органах черевної порожнини, тяжка серцево-судинна недостатність. Забороняється ставити клізми хворим із випаданням прямої кишки, гемороєм у стадії загострення, запаленням очеревини, а також хворим у стані шоку або колапсу.

Місце виконання процедури. Якщо дозволяє стан хворого, процедуру виконують у спеціальній кімнаті, де є кушетка, штатив-стійка для підвішування кухля Есмарха, раковина, маркіровані ємності для чистих і використаних наконечників, дезінфекційні розчини, вазелін. Тут має бути і туалетна кімната. Лежачим хворим процедуру виконують у ліжку.

Оснащення: кухоль Есмарха (скляний, емалевий або гумовий) ємністю 1—2 л, до якого прикріплюють гумову трубку завдовжки близько 1,5 м з гумовим, ебонітовим або скляним наконечником, на кінці трубки прикріплено кран. за допомогою якого можна регулювати надходження води з кухля; температура води має бути 28—32 °С у кількості 1—1,5 л. Якщо у хворого є схильність до спазмів кишок, температура води має становити 37—39 °С, при атонії кишок — 18—20 °С. Мають бути судно, відро або таз, гумові рукавички, фартух із пластику, клейонка, 3 % розчин хлораміну. Для посилення очисної дії клізми у воду часом додають 2—3 столові ложки гліцерину або олії, або розчиняють у воді 1 столову ложку подрібненого дитячого мила.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

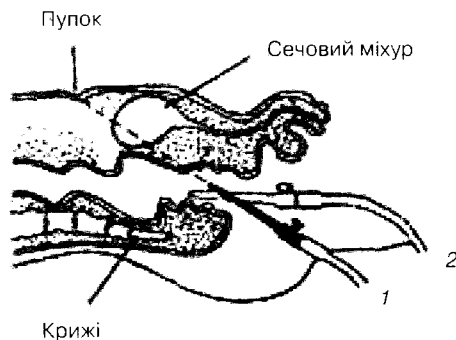
(мал. 57)

1. Надягти фартух і гумові рукавички.
2. Запропонувати хворому перед процедурою звільнити сечовий міхур.
3. Кухоль Есмарха підвісити на штатив на висоту 1 м над хворим, налити 1—1,5 л (2/3 об'єму) води відповідної температури, відкрити кран, заповнити гумову трубку і наконечник водою, закрити кран. Для полегшення виведення калу у воду можна додати рицинову або маслинову олію в кількості 25—50 г або 25 г мильної стружки.
4. Підстелити під хворого клейонку, край якої опустити в таз або відро.
5. Запропонувати хворому лягти вздовж кушетки або ліжка на лівий бік з підведеними до живота ногами.
6. Якщо хворому заборонено перевертатися, процедуру виконувати в положенні на спині, але під таз підкласти валик із ковдри. Запропонувати хворому розвести в боки ноги в стегнах і зігнути в колінах.
7. Змастити наконечник вазеліном.
8. I, II пальцями лівої руки розвести сідниці і обертовими рухами обережно увести у відхідник наконечник — спочатку в напрямку пупка на 3—4 см, а потім паралельно до крижів на 8—10 см (мал. 58). За наявності складок слизової оболонки або гемороїдальних вузлів наконечник увести обережно між ними.

Запам'ятайте! *Недопустимо грубе і стрімке введення наконечника, тому що можна поранити стінку прямої кишки.*



Мал. 57. Постановка очисної клізми



Мал. 58. Схема постановки очисної клізми:
1 — наконечник спрямований до пупка; 2 — наконечник повернений паралельно до крижів

9. Дати можливість рідині текти. Регулювати інтенсивність надходження її так, щоб не спричинити сильний біль і раптове відчуття переповнення кишок.

Якщо вода не надходить у кишки (видно за рівнем рідини в кухлі), кухню підняти вище і змінити положення наконечника: увести його глибше або акуратно трохи вийняти назовні. Якщо і це не допоможе (можливо, наконечник забитий каловими масами), вийняти наконечник, промити водою з кухля Есмарха і знову увести в кишки. Часом калові маси настільки тверді, що поставити клізму майже неможливо. У такому разі їх видаляють пальцем у гумових рукавичках, змащених вазеліном, і тільки після цього застосовують клізму.

10. Після введення води в кишки закрити кран і вийняти наконечник.

11. Пояснити хворому, що клізма діє через 10 хв, тому після процедури він має полежати на спині і глибоко дихати для ліпшого розрідження калових мас.

11. Запропонувати хворому спорожнитися в туалеті. Якщо процедуру виконували в ліжку, швидко підкласти судно.

12. Очисну клізму вважають виконаною успішно, якщо через декілька хвилин з водою вийдуть і калові маси. Якщо клізму поставити не вдалося, процедуру повторюють через декілька годин.

Запам'ятайте! Медична сестра обов'язково має простежити за дією клізми. У разі виникнення сильного болю повідомити лікаря.

Проносні клізми (олійна, гіпертонічна, емульсійна)

Олійна клізма

Олійну клізму застосовують при стійких закрепках, особливо спастичного характеру; запальних і виразкових процесах у товстій кишці.

Для цього беруть 100—200 г підігрітої до температури 37—38 °С будь-якої олії, вводять її у пряму кишку за допомогою гумового грушоподібного балончика або шприца Жане. Клізму ставлять зазвичай увечері (після процедури хворий повинен спокійно полежати протягом 30 хв), ефект настає через 10—12 год, зазвичай уранці.

Механізм дії олійної клізми: послаблювальний ефект олійної клізми пояснюється тим, що олія обволікає калові маси і полегшує їх виведення. Окрім цього, під впливом кишкової мікрофлори і соку олія частково розщеплюється, а жирні кислоти, що утворюються при цьому, справляють на кишкову стінку слабку подразливу дію, сприяючи відновленню нормальної перистальтики.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Психологічно підготувати хворого, пояснити йому, що після процедури він кілька годин має лежати. Таку клізму доцільно ставити увечері, щоб акт дефекації настав уранці.
2. Підігріти на водяній бані олію до температури 37—38 °С.
3. Надягнути фартух і гумові рукавички.
4. Заповнити гумовий балон або шприц Жане олією.
5. Підстелити під хворого клейонку.
6. Хворий має лежати на лівому боці з приведеними до живота ногами.
7. Увести у пряму кишку газовідвідну трубку, змащену олією, обертовими рухами на глибину 10—15 см.
8. Приєднати до трубки шприц Жане і ввести олію в пряму кишку.
9. Перегнути кінець трубки, від'єднати шприц Жане і набрати в нього трохи повітря.
10. Приєднати ще раз шприц Жане до трубки і ввести залишки олії.
11. Вийняти газовідвідну трубку зі шприцом.
12. Порадити хворому спокійно полежати, щоб якомога довше утримати олію в прямій кишці.
13. Якщо через 10—12 год дія олійної клізми не настане, за відсутності проти-показань зробити очисну клізму.

Гіпертонічна клізма

Гіпертонічну (сольову) клізму ставлять при атонічних закрепах, парезі кишок після хірургічних втручань на органах черевної порожнини, хворим із набряками, зокрема мозкових оболонок.

Протипоказання: гострі запальні і виразкові захворювання нижніх відділів кишок, тріщина відхідника.

Механізм дії: дія гіпертонічної клізми носить осмотичний характер — гіпертонічний розчин, що міститься в просвіті прямої кишки, спонукає до інтенсивного надходження через кишкову стінку міжклітинної рідини, яка розріджує кал. Окрім цього, міцний сольовий розчин збуджує перистальтику і внаслідок поєднаної дії через 20 хв відбувається спорожнення кишок. Завдяки осмотичній дії гіпертонічного розчину вода із тканин виходить у просвіт прямої кишки.

Для постановки гіпертонічної клізми беруть 50—100 мл 10 % розчину натрію хлориду або 20—30 % розчину магнію сульфату, який вводять у пряму кишку за

допомогою гумового балончика або шприца Жане, після чого рекомендують пацієн-тові втриматися від дефекації протягом 20—30 хв.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Психологічно підготувати хворого.
2. Підігріти 150—200 мл 10 % розчину натрію хлориду або 25 % розчину магнею сульфату.
3. Надягнути фартух і гумові рукавички.
4. За допомогою гумового балона або шприца Жане і газовідвідної трубки розчин увести у пряму кишку.
5. Запропонувати хворому втриматися від дефекації протягом 20—30 хв.

Емульсійна клізма

Показання: закрепи у тяжкохворих.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Одну столову ложку ромашки залити однією склянкою окропу, настояти 15—20 хв, процідити.
2. До настою ромашки додати жовток одного яйця, чайну ложку натрію гідрокарбонату і 2 столові ложки вазелінової олії або гліцерину.
3. Суміш набрати у шприц Жане або гумовий балон і увести в пряму кишку.
4. Спорожнення кишок настане через 15—20 хв.

Запам'ятайте! Медична сестра має простежити за дією клізми: у разі виникнення болю повідомити лікаря; після процедури провести туалет шкіри навколо відхідника і в ділянці промежини.

Сифонна клізма

Сифонну клізму застосовують як лікувальну при різних отруєннях, інтоксикації продуктами обміну речовин, при хронічній нирковій недостатності, динамічній і механічній кишковій непрохідності (в останньому випадку як передопераційну підготовку), а також у разі неефективності очисних клізм; для діагностики кишкової непрохідності (відсутність у промивних водах пухирців газу і калових мас). Застосування сифонних клізм при кишковій непрохідності протипоказано, якщо є підозра на тромбоз або емболію судин брижі.

Для постановки сифонної клізми використовують лійку ємністю 0,5—2 л, гумову трубку завдовжки 1—1,5 м діаметром не менш ніж 1 см, з'єднану із гнучким гумовим наконечником або гумовою кишковою трубкою завдовжки 20—30 см. Замість кишкової трубки і гнучкого гумового наконечника можна скористатися товстим шлунковим зондом. Гнучкий кінець гумової кишкової трубки або товстого шлункового зонда, змашений вазеліном, вводять у пряму кишку на глибину 20—30 см. Дія сифонної клізми так само, як і промивання шлунка, ґрунтується на принципі сполучених посудин. Приєднавши лійку до зовнішнього кінця трубки, тримують її трохи похило вище від таза пацієнта і заповнюють рідиною для промивання — чистою перевареною водою, слабким розчином калію перманганату, 2 % розчином натрію гідрокарбонату. Лійку піднімають угору приблизно на 50 см від тіла пацієн-

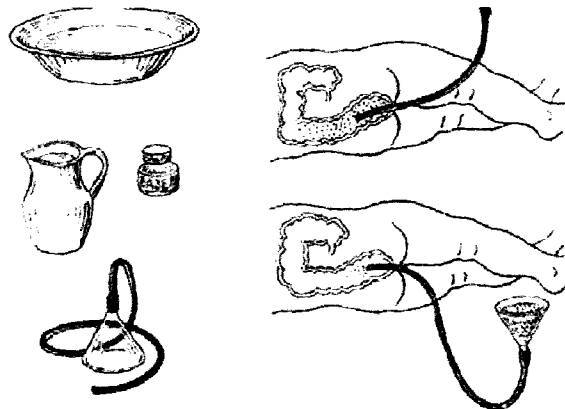
та, після чого рідина починає надходити в кишки. Тільки-но рідина дійде до звуження лійки, останню опускають нижче від тіла хворого і вона починає заповнюватися рідиною, що виходить із кишок разом із пухирцями газу й каловими масами. Перевернувши лійку та виливши її вміст, процедуру промивання повторюють доти, доки з кишок не виходитимуть чисті промивні води. Зазвичай на одну сифонну клізму потрібно 10—12 л рідини (мал. 59).

Механізм дії: сифонний метод промивання кишок ґрунтується на використанні принципу сполучених посудин: одна з них — кишки, а друга — лійка на зовнішньому кінці гумової трубки. Сифонна клізма не тільки механічно вимиває кал, спорожнює кишки від газів, вимиває продукти гниття і бродіння, а й справляє подразнювальну дію на стінку кишок, збуджуючи перистальтику.

Оснащення: товстий гумовий або поліетиленовий зонд, скляний перехідник, гумова трубка завдовжки до 1,5 м і діаметром 1—1,5 см, скляна або пластмасова лійка об'ємом 1—1,5 л, 10—12 л теплої перевареної води або блідо-рожевого розчину калію перманганату, або 2% розчину натрію гідрокарбонату, таз або відро для промивних вод, кухоль, клейонка, фартух із пластику, гумові рукавички, вазелін, кушетка.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Урахувати, що сифонна клізма — це тяжка процедура для ослабленого хворого. Тому потрібно потурбуватися, щоб голова лежала на подушці, верхню частину тіла прикрити ковдрою, за потреби обкласти хворого грілками і стежити, щоб під час процедури він не промок.
2. Хворий має лягти на край кушетки на лівий бік із зігнутими в колінах і приведеними до живота ногами або на спину.
3. Підстелити клейонку під таз хворого.
4. Біля кушетки поставити таз або відро для зливання промивних вод, відро з водою та кухоль.
5. Надягнути фартух і гумові рукавички.
6. Сліпий кінець гумового зонда змастити вазеліном і увести зонд у пряму кишку на глибину 20—30 см. Простежити, щоб зонд не згорнувся в ампулі прямої кишки, за потреби контролюючи положення зонда пальцем.



Мал. 59. Введення гумового зонда в пряму кишку

7. Приєднати наконечник, гумову трубку і лійку.
8. Тримаючи лійку на рівні тіла хворого в нахиленому положенні, поступово наповнити її рідиною.
9. Підняти лійку над хворим на висоту 1—1,5 м. При цьому вода виливається із системи в кишки.
10. Тільки-но рівень води досягне звуженої частини лійки, останню опустити до таза хворого, не перевертаючи її доти, доки вода з кишок не заповнить лійку. При такому положенні добре видно пухирці газу і шматочки калу.
11. Уміст лійки злити в таз і повторно наповнити лійку водою. Дія сифонної клізми спочатку проявляється помутнінням, забарвленням води калом, надходженням у лійку газів, потім шматочків калу, що свідчить про ефективність клізми.
12. Процедуру повторювати доти, доки з кишок не припинять відходити гази і калові маси.
13. Завершаючи процедуру, ще раз промити кишки, від'єднати скляний наконечник, гумову трубку і лійку, а гумовий зонд залишити в кишках на 15—20 хв, опустити кінець зонда в таз, щоб стекли залишки рідини і вийшли гази.
14. Поступово вийняти зонд із кишок.
15. Провести туалет шкіри навколо відхідника і в ділянці промежини.
16. Перевезти хворого в палату, перекласти його в ліжко і тепло вкрити, за потреби зігріти грілками.

Медикаментозна клізма

Медикаментозна клізма — це лікувальна клізма, що її застосовують для введення різних лікарських речовин (найчастіше снодійних, наркотичних і заспокійливих); зазвичай використовують мікроклізми об'ємом 50—100 мл.

Механізм дії та показання для застосування медикаментозної клізми *місцевої дії*. Клізма місцевої дії (*лікувальна мікроклізма*) справляє *протизапальну та обволікальну дію*, і її вміст не перевищує 200 мл. Використовують при запальних процесах товстої кишки. До клізм місцевої дії належать олійна (30—50 мл теплої обліпихової або маслинової олії), крохмальна (5 г крохмалю розводять у 100 мл холодної води і, помішуючи, додають 100 мл окропу) та ін.

Механізм дії та показання для застосування медикаментозної клізми *загальної дії*. Медикаментозну клізму загальної дії використовують у тому разі, коли *не можна увести ліки через рот або парентерально*. При цьому способі введення ліки швидко всмоктуються в кров через гемороїдальні вени, обминаючи печінку. Невеликі об'єми ліків (до 200 мл) можна вводити в лікувальних мікроклізмах. Наприклад, хлоралгідрат (1 г препарату розводять у 25 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і додають 25 мл крохмального клейстеру), застосовують при судомах та різкому збудженні хворого.

Мікроклізми використовуються для введення в пряму кишку лікарських засобів у дуже малій кількості, починаючи від кількох мілілітрів. На шприц надягають м'який тонкий катетер, що охоплює наконечник шприца. За 30—40 хв до постанови мікроклізми ставлять очисну клізму. Хворий лежить на боці, змашений гліцерином або вазеліном підібраний до шприца катетер вводять у пряму кишку. Притримуючи вільний кінець катетера лівою рукою, правою вставляють у нього наконечник шприца, наповненого потрібним розчином, і повільно видавлюють цей розчин у катетер.

Притримуючи і стискаючи зовнішній кінець катетера, щоб запобігти зворотному витіканню з нього рідини, не виймаючи його з відхідника, обережно виймають шприц, набирають у нього повітря, знову вставляють у катетер і, щоб проштовхнути рідину, що залишилася в ньому, продувають катетер.

Оснащення: шприц Жане, гумовий балончик ємністю до 200 мл, гумова трубка, газовідвідна трубка, теплий лікувальний розчин.

Методика виконання медикаментозної клізми (мікроклізми)

1. Після очисної клізми хворого вкладають на лівий бік на край кушетки, накривши клейонкою, ноги приведені до живота.
2. Газовідвідну трубку змажують вазеліном.
3. Розвести сідницю, поступово увести у пряму кишку газовідвідну трубку на глибину 12–15 см.
4. Під'єднати до трубки грушоподібний гумовий балон або шприц Жане з теплою лікувальною рідиною і повільно під невеликим тиском увести розчин у пряму кишку.
5. Перегнути і стиснути зовнішній кінець трубки, щоб запобігти витіканню рідини, від'єднати шприц або балон, набрати трохи повітря, знову з'єднати з газовідвідною трубкою і проштовхнути у кишку рідину, що залишилася в трубці.
6. Вийняти газовідвідну трубку.
7. Пояснити хворому, що для утримання лікувальної рідини потрібно глибоко дихати носом і полежати не менше 20 хв до повного всмоктування ліків.

Запам'ятайте!

1. *Протипоказаннями до постановки всіх видів клізм є гострі запальні процеси в ділянці відхідника; злоякісні пухлини прямої кишки в стадії розпаду; шлунково-кишкові кровотечі; гострий живіт.*
2. *Ставити клізму потрібно дуже акуратно, обов'язково урахувавши показання і вид клізми.*
3. *Виконуючи процедуру постановки клізми, стежити за загальним станом хворого і особисто перевірити наслідки її дії.*
4. *Створити оптимальні умови для хворих, зручні умови для себе з дотриманням правил гігієни.*

Крохмальна клізма

Крохмальну клізму застосовують як обволакальний засіб при коліті. У 100 мл прохолодної води розводять 5 г крохмалю й, розмішуючи, потроху додають 100 мл окропу. Розчин охолоджують до 40 °С і вводять у кишку. Разом із крохмальним розчином вводять лікарські засоби загальної дії (наприклад, препарати наперстянки, хлоралгідрат), особливо у тому разі, коли вони подразнюють слизову оболонку прямої кишки. Для цього до лікарського розчину (25 мл) додають 25 мл завареного крохмалю (1 г на 50 мл води).

Поживна клізма

Поживну клізму використовують як додатковий метод введення в організм поживних речовин через пряму кишку. Це один із видів штучного харчування. У клізмі вводять 5–10 % розчин глюкози, розчини амінокислот. Об'єм такої клізми ста-

новить не більше ніж 200 мл теплої розчину (37—38 °С) з додаванням 8—10 крапель настойки опію для пригнічення перистальтики кишків. Упродовж доби можна поставити 3—4 клізми. За потреби увести більшу кількість поживних речовин використовують краплинне ректальне введення.

Оснащення: гумовий балончик ємністю 200 мл; вазелін; шпатель (дерев'яна паличка) для вазеліну; поживна рідина температури 38—40 °С.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. За 30—40 хв до того як поставити поживну клізму, зробити очисну клізму до повного спорожнювання кишків.
2. Набрана в балончик рідина має виходити доти, доки з нього не з'явиться 1—2 краплі рідини.
3. Змастити кінець балончика вазеліном.
4. Укласти хворого на лівий бік, ноги зігнуті в колінах.
5. Набравши в балончик поживну рідину, випустити з нього залишки повітря шляхом обережного натискання на балончик до появи рідини зовні.
6. Розсунути сідниці хворого.
7. Увести кінець балончика в пряму кишку.
8. Поступово, під невеликим тиском, увести рідину з балончика до повного спорожнювання його.
9. Обробити ділянку промежини і відхідника.
10. Хворий має лежати близько 1 год; якщо з'являються позиви до спорожнювання кишків, рекомендується глибоко дихати носом.

Краплинна клізма

Для тяжкохворих і ослаблених можна застосувати краплинне введення в кишки більшої кількості різних *лікувальних і поживних розчинів* (5% глюкози, ізотонічний розчин натрію хлориду) загальним об'ємом до 1,5—2 л. Надходження рідини в кишки регулюють гвинтовим затискачем — 60—100 крапель за хвилину. Розчини варто підігрівати до температури 37 °С.

Лікувальні розчини об'ємом 1—2 л вводять краплинним способом для компенсації великої втрати організмом рідини. При цьому слід пам'ятати, що в нижньому відділі товстої кишки всмоктується вода, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин глюкози та розчинені в них ліки, а також розчин алкоголю і частково білки та амінокислоти.

Оснащення: фартух із пластику, гумові рукавички, кувалда Есмарха із вмонтованою в гумову трубку крапельницею, шприц Жане, гвинтовий затискач, гумовий грушоподібний балон, газовідвідна трубка, вазелін, клейонка, судно, лікувальний розчин, підігрітий до температури 36—37 °С, штатив-підставка, грілка, ковдра.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ ПРОЦЕДУРИ

1. Надягнути фартух, гумові рукавички.
2. Поставити хворому очисну клізму за годину до виконання медикаментозної клізми (див. "Очисна клізма").
3. Після очисної клізми хворого вкласти на правий бік або спину на край кушетки, накритої клейонкою.

4. Тонку газовідвідну трубку змастити вазеліном і увести в товсту кишку на глибину до 20 см.
5. Гумову трубку кухля Есмарха заповнити рідиною, закрити кран і через перехідник з'єднати з газовідвідною трубкою.
6. Відрегулювати частоту крапель — 60—80 за 1 хв.
7. На гумову трубку поряд із сидницями хворого покласти грілку з теплою водою, зверху накрити її складеною в кілька шарів ковдрою.
8. Оскільки ця процедура триває кілька годин, хворого вкрити ковдрою.

Дезінфекція приладдя для постановки клізми

- Наконечник, газовідвідну трубку, шприц Жане в розібраному вигляді, гумовий балон, заповнений дезінфекційним розчином, після використання помістити в 3 % розчин хлораміну на 1 год.
- Ретельно промити гарячою водою (за потреби знежирити) і прокип'ятити в дистильованій воді протягом 30 хв.
- Кухоль і гумову трубку двічі протерти ганчіркою, змоченою в 3 % розчині хлораміну, промити водою і висушити.

Дезінфекція індивідуальних предметів догляду

(Наказ МОЗ України № 288 від 23.03.1976 р., Додаток 3)

- Підкладні судна та сечоприймачі спорожняють, ретельно миють теплою водою і дезінфікують у спеціальних промаркованих ємкостях у 3 % розчині хлораміну протягом години, після чого споліскують і просушують.
- Грілки, міхури для льоду, підкладні гумові круги двічі протирають ганчіркою, змоченою в 3 % розчині хлораміну, з інтервалом 15 хв, споліскують і висушують.
- За наявності мокротиння хворий має спльовувати його в індивідуальну плювальницю з корком, 1/3 об'єму якої слід заповнити 3 % розчином хлораміну або 6 % розчином водню пероксиду.
- Не рідше одного разу на день мокротиння із плювальниці виливають, а плювальницю миють гарячою водою і кип'ятять у 2 % розчині натрію гідрокарбонату протягом 15 хв.

Контрольні питання

1. Які основні принципи лікувального харчування?
2. Яке значення білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних солей і води в життєдіяльності організму?
3. Дати характеристику дієтичних столів № 1, 2, 5, 7, 9, 10, 15.
4. Організація лікувального харчування в стаціонарі.
5. Як годувати тяжкохворих у ліжку?
6. Які ви знаєте види штучного годування?
7. Парентеральне харчування хворих.
8. Техніка застосування газовідвідної трубки.
9. Показання і протипоказання до постановки очисної клізми
10. Методика постановки очисної клізми.
11. Показання до застосування сифонної клізми, техніка її постановки.
12. Які показання і техніка постановки проносних клізм?
13. Як увести в пряму кишку лікарські препарати?
14. Дезінфекція індивідуальних предметів догляду.

ДОГЛЯД ЗА ХІРУРГІЧНИМИ ХВОРИМИ

Тема 10

ВСТУП ДО ХІРУРГІЇ. ГІГІЄНА В ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ. РОБОТА СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Відомо, що у Давньому Єгипті успішно проводили такі операції, як ампутація кінцівок, видалення каменів сечового міхура, кастрація. У лікуванні ран використовували мед, масло, вино, припікання нориць розпеченим залізом тощо. Для знеболювання застосовували опій і сік індійських конопель. В університетах Давньої Індії готували лікарів, які знали анатомію і могли виконувати різні хірургічні операції, під час яких використовували голки, ножі, пилки, шприци та ін. У ті часи хірурги знезаражували інструментарій гарячою водою або прожарювали його над вогнем. Індуси виконували різні оперативні втручання. Значного поширення набула пластична хірургія, зокрема пластика носа зсувним клаптом, і дотепер вона зберегла свою значущість, а використовують її за назвою індійського способу.

Слід зазначити, що у Вавилоні лікарями вважали тільки хірургів. Вони виконували досить складні операції і якщо операція була виконана недосконало, то кодексом законів визначалося покарання лікареві аж до відсікання руки. За неефективність виконаної операції рабові лікаря карали штрафом.

Високий рівень хірургії на початку нашої ери відзначено в Китаї. Так, знаменитий хірург Хуа Те (148—208 рр. н.е.) використав у своїй практиці для знеболювання препарати індійських конопель, опій, що давало йому можливість безболісно виконувати операції аж до лапаротомії. При цьому рани зашивали нитками з накладанням пластиру.

Значного вдосконалення досягла медицина і, зокрема, хірургія в Давній Греції. Так, Гіппократ (460—377 рр. до н.е.) запропонував раціональні методи лікування ран, переломів, правця, переломів. У своїх наукових працях він рекомендував проводити динамічне спостереження за хворими, досліджувати сечу, кал, блювотні маси, мокротиння.

Вплив Гіппократа на розвиток хірургії був дуже великий. Він вважається родоначальником наукового підходу в хірургії, його погляди і наукові праці довгі роки були визначальними, тому що в них були розкриті питання лікування ран, переломів, гнійно-запальних захворювань тощо. І дотепер є актуальною настанова Гіппократа під час лікування гнійних процесів: “Побачивши гній, евакууй”.

І протягом багатьох століть учення Гіппократа було основним як у медицині загалом, так і в хірургії зокрема, тому багато хірургів вважали себе послідовниками й учнями цього великого лікаря-мислителя.

Після завоювання Греції римлянами відбувся розквіт хірургії в Римській імперії. Так, лікар Гален (131—201 рр. н.е.) обґрунтував застосування методу лігування судин, лікування переломів кісток. При цьому для успішного лікування хворих ним доведена необхідність упровадження в хірургію основ анатомії та фізіології, що ще раз підтвердило доцільність активної співпраці різних галузей медицини з хірургією.

У Давньому Римі активно працював видатний лікар Цельс (I ст. н.е.), який розробив методи зупинення кровотеч, описав методику ампутації кінцівок, розсікання каменів, трепанації черепа, лікування переломів і вивихів.

Протягом 13 століть учення Гіппократа, Галена, Цельса було основним у хірургії, і розвиток цього розділу медицини надалі загальмувався.

Падіння могутності Візантії і похмурі Середньовіччя із засиллям релігії призупинило розвиток науки і медицини, зокрема у Європі. Під загрозою страти церквою було заборонено розтинати трупи, виконувати операції (тому що церкві було огидним пролиття крові).

У цей час у країнах Сходу і, зокрема, у Бухарі була високорозвинена культура. Тут працював лікар Абу Алі Ібн Сіна (Авіценна) (980—1037 рр.). Він одержав всебічну освіту, мав великі знання з філософії, природничих наук, медицини. У своєму трактаті “Канон лікарської науки” він описав застосування опію, блекоти, мандрагори для загального знеболювання під час операцій трахеостомії, видалення каменів із нирок. Він приділяв велику увагу ранній діагностиці пухлин і припіканню їх розпеченим залізом, згадував про застосування гіпсових пов’язок та ін. Вплив наукових праць Авіценни був рівнозначним працям Гіппократа.

У Європі лікуванням поранених займалися ширільники, тобто каста ремісників, далека від медицини. На медичних факультетах університетів Падуї, Болоньї (Італія) хірургію як предмет медицини було виключено з викладання. Лікуванням ран, переломів займалися люди, які не мали медичної освіти, і свою майстерність вони передавали один одному з покоління в покоління.

У такий складний для хірургії час різновид хірургічних операцій був невеликий: ампутації, розсікання каменів, розкриття абсцесів, зупинення кровотеч, вирізання нориць тощо. Більшість із них закінчувалася розвитком гнійної інфекції і смертю. Так, великі хірурги того часу Рогеріус і Роланові робили спроби накладання кишкового шва, застосовували тампонування свіжих ран із надією одержати нагноєння ран (одержати доброякісний гній) і домогтися загоєння ран (цит. за В.І. Колесовим, 1962).

Теодоріко Бартоньоні (1205—1298) вимагав дотримання чистоти під час проведення операції і лікування ран, уникаючи дренивання їх.

У цей період в Італії Бранко (XIV ст.) розробив метод пластики носа, що його використовують і дотепер і називається він “італійським”.

У Франції Мондевіль (1320) під час ампутації кінцівок використав метод накладання джгута для зменшення кровотечі із судин. Він вважав, що свіжі рани необхідно якомога швидше зашивати, щоб вони не стикалися з повітрям, у якому вчений вбачав джерело зарази. Гі де Шоляк (1363) написав книгу “Велика хірургія”, яка на багато років стала навчальною допомогою з хірургії.

У епоху Відродження (XVI ст.) створилися ліпші умови для розвитку науки, культури й медицини. Леонардо да Вінчі (1452—1519) і Везалій (1514—1564) заклали наукові підвалини анатомії людини, які вони узагальнили на основі розтину трупів. Учені стверджували, що хірурги конче потрібні знання з анатомії людини. За ці дослідження їх було засуджено як єретиків, вони піддалися гонінням з боку церкви.

Стала очевидною необхідність перебудови медицини і більш поглибленого вивчення лікарями основ хірургії. Це пов'язано з тим, що внаслідок численних війн з'являлася велика кількість поранених, які потребували хірургічної допомоги.

Відомий французький військовий хірург Амбруаз Паре (1517—1590), виходець із цирульників, успішно займався лікуванням ран, перев'язував судини для зупинення кровотечі, змінив уявлення про вогнепальні рани як отруєні і відмовився використовувати в їх лікуванні спеціальну киплячу олію. Будучи одночасно й гінекологом, він запропонував спосіб повертання плода за ніжку при патологічних пологах, що використовується й понині.

Видатним військовим хірургом був швейцарець Парацельс (1493—1541), який використав у лікуванні ран в'язкі засоби, для стимуляції організму запропонував різні лікувальні напої.

Величезне значення мало відкриття У. Гарвеем (1578—1657) системи кровообігу. Він першим описав будову серця і вказав на його роль як насоса для нагнітання крові у велике й мале коло кровообігу, при цьому довівши, що в судинах легенів циркулює кров, а не повітря. Як і Везалій, учений піддався великим гонінням з боку церкви, тому що його вчення про серцево-судинну систему людини суперечило догмам церкви.

Наступним відкриттям був винахід Левенгуком (1632—1723) мікроскопа, що дало змогу Мальпігію (1628—1694) довести капілярний кровотік еритроцитів, а французу Бішо (1771—1802) описати багато тканин організму, тим самим заклавши основи гістології. Відкриття мікроскопа неабияк вплинуло на розвиток анатомії, фізіології, внутрішньої медицини, а також хірургії.

Уперше у XVIII ст. французький хірург Лафранши був допущений до читання лекцій із хірургії в Паризькому університеті (Сорбонна). Цей факт підтвердив необхідність підготовки фахівців-хірургів у навчальних закладах.

У 1731 р. хірурги Пейтроні та Марешаль сприяли створенню французької хірургічної академії, що об'єднала всіх хірургів Франції, видавала їхні наукові праці. Вона була не лише навчальним, а й науковим центром. Подібні центри з підготовки хірургів надалі були відкриті в Англії. У цих країнах одночасно були організовані госпіталі для лікування хірургічних хворих.

Незважаючи на те, що французька хірургічна академія лише через 12 років після відкриття одержала визнання й рівні права з медичними факультетами університетів, цей факт означав визнання хірургії як медичної науки. Саме відтоді хірургія остаточно вирвалася з рук ремісників-цирульників і стала успішно розвиватися.

До XVIII ст. у Московській державі хірургічної допомоги не було. Початком підготовки лікарів слід вважати 1654 р., коли цар Олексій Михайлович видав указ про відкриття костоправних шкіл.

Надалі Петро I своїми указами відкриває перший госпіталь (1707) у Москві за рікою Яузою (нині Центральний військовий госпіталь імені М.М. Бурденка), а в 1718 р. — військовий госпіталь у С.-Петербурзі, у 1719 р. — Адміралтейський госпіталь, де проводили підготовку лікарів із хірургії.

Реформи Петра I значною мірою сприяли підготовці лікарів. Так, у чотирьох лікарських школах (Московська, дві Петербурзькі, Кронштадтська) вивченню хірургії приділялася велика увага. З 1786 р. ці лікарські школи були перетворені на медичні училища, в яких проводили підготовку лікарів-практиків і наукових кадрів. Після відкриття медичного факультету при Московському університеті (1755) і медико-хірургічної академії в С.-Петербурзі (1798) підготовка хірургів значно поліпшилася, почали формуватися наукові хірургічні школи Росії. Більшим прогресом у цьому питанні було відкриття медичного факультету при Харківському університеті (1805) і в Києві — при університеті святого Володимира (1834).

Професор Петербурзької медико-хірургічної академії І.Ф. Буш написав “Керівництво до викладання хірургії” (1807), що на багато років стало навчальним посібником для студентів і хірургів. Значний внесок у становлення хірургії в Росії зробив І.В. Буяльський (1789—1866), який був чудовим анатомом і хірургом. Видані ним “Анатомо-хірургічні таблиці” упродовж багатьох років були навчальним посібником для підготовки хірургів Європи й Америки, а створений оригінальний хірургічний інструментарій (зокрема, лопатка Буяльського) й дотепер використовується під час виконання оперативних втручань. І.В. Буяльський як талановитий художник багато років був консультантом Петербурзької художньої академії.

Професор Е.О. Мухін (1766—1850) був фельдшером у суворовських військах, потім лікарем, пізніше очолював кафедру в Московському університеті. Він рекомендував до висування на професорське звання М.І. Пирогова. М.І. Пирогов (1810—1881) у 18 років блискуче закінчив медичний факультет Московського університету і як улюблений учень професора Е.О. Мухіна був направлений для подальшого навчання в професорський інститут у Дерпт (Естонія), а потім у Німеччину. Надалі, розпочавши свою професорську діяльність у Дерптському університеті, він розробив і видав класичну працю “Хірургічна анатомія артеріальних стовбурів і фасцій”. М.І. Пирогов є родоначальником створення топографічної анатомії, що її він вивчав на зрізах заморожених трупів у трьох вимірах. М.І. Пирогов широко використав у своїй практичній діяльності для лікування ран різні антисептичні речовини. Геній М.І. Пирогова особливо розкрився під час Кримської війни 1853—1856 рр.: він широко впровадив метод сортування поранених, застосовуючи ефірний наркоз під час операцій, накладання гіпсових пов’язок при переломах. На підставі досвіду бойових дій він сформував основні принципи воєнно-польової хірургії, що їх було використано під час Великої Вітчизняної війни. Основні принципи цієї доктрини полягали в наблизенні допомоги пораненим на полі бою, сортуванні поранених, послідовності надання допомоги на етапах евакуації і створення пересувних воєнно-польових госпіталів.

У 45 років М.І. Пирогов звільнився з Медико-хірургічної академії і протягом багатьох років обіймав пост попечителя народної освіти в Київській і Одеській губерніях.

Сподвижником М.І. Пирогова був Ф.І. Іноземцев (1802—1869), який також удосконалював свої знання і досвід у клініках Німеччини. Очолюючи хірургічну клініку Московського університету, він активно пропагував ефірний і хлороформний наркоз, широко використав інструментальні методи обстеження хворих і довів роль симпатичної нервової системи в розвитку багатьох захворювань.

Із 80-х років XIX ст. хірургія в Росії досягла високого розвитку, почали створюватися школи хірургів. Так, Московську школу хірургів представляли П.І. Дяко-

нев, А.А. Бобрів, С.-Петербурзьку — М.В. Скліфосовський, М.О. Вельямінов, у Сибіру — П.І. Тихов, Е.Г. Салишев, у Харкові — В.Ф. Грубе.

В.Ф. Грубе (1827—1898) — професор кафедри оперативної й клінічної хірургії з офтальмологією Харківського університету, активно впроваджував методи асептики й антисептики. Будучи учасником франко-пруської і російсько-турецької воєн, він багато прогресивного вніс у лікування поранених із вогнепальними пораненнями. Створив Харківське наукове медичне товариство (1861), був редактором “Харківської медичної газети”.

М.С. Суботін (1848—1913) — професор Військово-медичної академії, успішно розвивав учення про асептику, розробив оригінальні способи оперативного лікування при гострій і хронічній емпіємі плеври (запропонував закритий метод лікування гнійного плевриту).

С.П. Коломнін (1842—1886) — професор Медико-хірургічної академії вперше здійснив перев'язку зовнішньої сонної артерії і довів перевагу цієї операції над перев'язкою загальної сонної артерії. Активно впровадив антисептику на війні. У 1874 р. зробив повідомлення про виконання п'яти успішних переливань крові, причому рекомендував вводити кров переважно в артерію.

К.К. Рейер (1846—1890) — випускник Дерптського університету, працював ординатором в Е. Бергмана. У Лістера (у Лондоні) вивчив антисептичний метод, який успішно впровадив у мирний час, а також у період воєнних дій. За ці розробки на Міжнародному конгресі 1881 р. його було обрано членом Комітету з військово-медичної справи. Тривалий час працював у Маріїнській лікарні.

А.А. Бобрів (1850—1904) — автор оригінальних операцій з приводу мозкових гриж і ехінококктомії. Широко пропагував підшкірне й внутрішньовенне введення ізотонічного розчину натрію хлориду, сконструював апарат, названий на його честь, що його використовують і понині. Багато уваги приділяв розробленню питань бальнеотерапії хворих на кістковий туберкульоз. З його ініціативи у 1902 р. в Алупці відкрито санаторій, у якому й тепер лікують дітей, хворих на кістковий туберкульоз. Серед його учнів були такі видатні хірурги, як П.І. Дияконов і С.П. Федоров.

Одним із видатних учених Петербурзької школи є М.В. Скліфосовський (1836—1904), який залишив свій внесок ученого, працюючи в Києві, Петербурзі, Москві. Він завідував клінікою факультетської хірургії Московського університету, розробив і широко впровадив у практичну діяльність асептику. Він першим виконав операцію оваріоектомію, розробив кістково-пластичне з'єднання кісток, так званий росіянин замок. Він є організатором Пироговських і міжнародних з'їздів. Його зусиллями в Москві побудовано лікарню, у Петербурзі організовано Інститут удосконалення лікарів.

Розвиток хірургії в Україні

У 1928 р. став академіком видатний український хірург, завідувач кафедри факультетської хірургії Київського медичного інституту, голова Українського товариства хірургів М.М. Волкович. Він був учнем і соратником М.І. Пирогова. Перу вченого належить 84 наукові праці, в яких висвітлюються питання профілактики і хірургічного лікування захворювань різних органів і систем. Серед них праці про мимовільну гангрену нижніх кінцівок, туберкульозі кісток, рак гортані, хірургію жовчних шляхів, апендицит, хвороби шлунка і кишок та ін.

М.П. Трінклер (1859—1925 рр.) — професор кафедри факультетський хірургії Харківського університету. Узагальнив свій досвід лікування бійців Першої кінної армії в монографії про рани. Активно впроваджував прогресивні методи лікування в хірургії. Його праці з онкології, лікування ран, патофізіологічного обґрунтування лікування тромбофлебиту зробили великий внесок у розвиток вітчизняної хірургії.

У 1944 р. дійсним членом Академії наук СРСР був обраний професор Київського медичного інституту О.П. Кримов (1872—1954 рр.). Видатний військово-польовий хірург, учасник російсько-японської, Першої та Другої світових воєн. О.П. Кримов був завжди на бойовому посту, надавав хірургічну допомогу пораненим воїнам. Йому належить низка цінних для свого часу праць з військово-польовій хірургії. Монографія О.П. Кримова “Вчення про грижі” стала настановою із цього важливого розділу хірургії і принесла славу її авторові.

Величезний внесок у розвиток пластичної хірургії та офтальмології зробив В.П. Філатов (1875—1956 рр.), академік АН України і СРСР, Герой Соціалістичної Праці. Запропонований ним метод шкірної пластики круглим стеблом відкрив епоху пластичної хірургії. Вийшовши з надр пластичної офтальмології, метод набув значного поширення в хірургії, особливо у лікуванні поранених воїнів у роки Другої світової війни. В.П. Філатов — найвизначніший у світі офтальмолог, творець української школи офтальмологів, організатор інституту очних хвороб в Одесі, що носить його ім'я, прославив на весь світ вітчизняну медичну науку й офтальмологію.

Розвиток хірургії в Україні, а особливо у Харкові, у передвоєнний період, нерозривно пов'язаний з діяльністю двох видатних учених, академіків В.М. Шамова і О.В. Мельникова. В.М. Шамов (1882—1962 рр.) за 16-річний період роботи в Харкові виконав і опублікував оригінальні дослідження з різноманітних питань переливання крові. У 1919 р. він вдало виконав переливання крові з урахуванням групових чинників. Першим у світі (1928 р.) він обґрунтував експериментально переливання групної крові. Розробці цієї проблеми він був вірний усе своє життя, і в 1962 р., вже помертвом, за ці дослідження йому і С.С. Юдіну присуджено Ленінську премію. Видатний військово-польовий хірург, В.М. Шамов зробив значний внесок у розвиток хірургії, особливо в роки Другої світової війни. Він автор багатьох досліджень із різних питань клінічної хірургії, зокрема виконав першу в нашій країні вдалу панкреодуоденальну резекцію.

О.В. Мельников (1889—1958 рр.) за 18-річний період роботи в Харківському медінституті і в Інституті онкології виконав низку визначних оригінальних досліджень у галузі топографічної анатомії, оперативної хірургії, клінічної онкології. Розроблений ним оригінальний позаплевральний доступ до піддіафрагмового простору через нижній край грудної клітки має велике значення для практичної хірургії. Його книги “Клініка злоякісних пухлин”, “Загальна і спеціальна онкологія” та ін. поставили автора у ряд видатних вітчизняних хірургів-онкологів. Багато праць О.В. Мельникова присвячено питанням військово-польової хірургії, особливо анаеробній інфекції.

В.Ф. Войно-Ясенецький (1877—1961 рр.) приділяв велику увагу вивченню гнійно-запальних захворювань у хірургії. Його капітальна праця “Очерки гнойной хирургии” не втратила свого значення і в наш час.

І.М. Іщенко (1871—1975 рр.) — член-кореспондент АН УРСР, генерал-майор медичної служби, професор кафедри хірургії Київського медичного інституту, учень

видатного хірурга М.М. Волковича, зробив великий внесок у розвиток багатьох оперативних втручань на печінці і жовчних шляхах, вивчав питання застосування анестезіології в хірургії тощо.

Під безпосереднім керівництвом О.О. Шалімова (1918—2006 рр.) — академіка НАН і АМН України, Героя Соціалістичної Праці, лауреата Державних премій України й СРСР, заслуженого діяча науки і техніки України в Харкові і Києві побудовано наукові центри — НДІ загальної і невідкладної хірургії (м. Харків) та експериментальної і клінічної хірургії (м. Київ). Він створив велику хірургічну школу, активно розробляв питання сучасного лікування захворювань стравоходу, шлунка, печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози, серця, судин тощо. О.О. Шалімов є автором понад 800 наукових праць і 27 монографій.

М.М. Амосов (1913—2002 рр.) — видатний вітчизняний кардіохірург. Під час Другої світової війни очолював хірургічні служби військових госпіталів. З 1952 р. працював у Київському НДІ серцево-судинної хірургії, ним розроблені і впроваджені операції при різних вадах серця і судин з їх протезуванням. Лауреат Ленінської премії СРСР. Нагороджений багатьма престижними вітчизняними і зарубіжними преміями і нагородами. Визнаний авторитет у хірургії, біологічній і психологічній медицині та кібернетиці. Академік багатьох вітчизняних і зарубіжних наукових центрів. Його перу належать 19 монографій і понад 400 наукових праць.

Питання хірургічної деонтології

Філософ Бертран (1748—1832) першим увів термін “деонтологія” (від лат. *деонтос* — необхідність, борг, *логос* — навчання). Цим терміном позначають науку про борг, моральний обов'язок, професійну етику. Медична деонтологія — сукупність моральних вимог (правил, норм, заповідей, критеріїв, кодексів) і ставлення медичного працівника до хворого, його родичів і близьких, взаємини з колегами й у суспільстві. За образним висловом А.Ф. Білібіна, деонтологія — душа медицини.

Кожний медпрацівник має розуміти, що автономні стосунки ні за яких умов не можуть поширюватися на хворих, навіть у формі зміненого настрою.

Потрібно прагнути досягнути духовний світ хворої людини і за необхідності вносити корективи у своє поведіння з нею.

Уміння індивідуалізувати стиль роботи з хворим на основі його психологічних і соціальних особливостей, уміння бачити не тільки частковості й деталі, а й усю особистість у цілому з її складними переживаннями та інтересами — важливі вимоги до медпрацівника будь-якої спеціальності.

Поряд з іншими особливостями медичної діяльності основні деонтологічні принципи найбільше зосереджені на відповідальності під час розв'язання професійних завдань. Паралельно з почуттям відповідальності стиль роботи медперсоналу має вдосконалюватися. Сюди входить почуття міри, такту, пильності, гнучкості і т. д. Ці поведінкові особливості пов'язані з такими морально-етичними критеріями, як співпереживання, доброта, співчуття.

Вищевказані особливості, хоча й не можуть бути включені до переліку службових обов'язків, проте є стрижнем медичної деонтології.

Заповіт Сократа “*Не можна лікувати тіло, не лікуючи душу*” — найбільше стоєть й хірургії.

Зрозуміло, необхідно виходити з того, що немає окремої деонтології для кожного прикладного розділу медицини, приміром для стоматології або хірургії. Однак не можна ігнорувати специфічні нюанси, що потребують її докладного розкриття.

Близькуче з погляду техніки виконана операція може не принести хворому полегшення й одужання, якщо при цьому жорстоко поранена його психіка.

Зважаючи на це, для повноцінної хірургічної роботи недостатньо мати відповідні теоретичні знання, спеціальне обладнання й добре володіти хірургічною технікою, потрібна ще низка принципів установок і правил поведінки, без яких на перший план виступають похмурі, страхітливі сторони роботи хірурга.

Неквапливість у спілкуванні з хворим, чітка послідовність, підкреслена увага — усе це входить у поняття медичного професіоналізму. У медичного працівника зазвичай багато хворих, але для хворого та його родичів, які звернулися по допомогу, на цей момент існує тільки одна людина! Тут не можна не згадати вислів, що його приписують Гіппократові: *“Лікар має бути добрим і любити людей. Для хворого він має бути батьком, для того, хто одужує, — охоронцем, для здорового — другом”*.

Самокритичність — важлива риса хірурга. Треба вміти реально оцінювати власні можливості, уміння, досвід і за необхідності запросити більш досвідченого фахівця. Хірург має вміти самокритично оцінювати наслідки своєї діяльності, аналізувати причини невдач, ускладнень і помилок — тільки так можна їх уникнути.

Безкорисливість та відданість обраній професії, вміння одержувати моральне задоволення від своєї роботи — важливі риси будь-якого медика, а того, хто працює в хірургічному відділенні, особливо.

Дуже важливо враховувати, що здоровий психологічний мікроклімат у колективі лікарів є необхідною умовою їхньої плідної діяльності. Як об'єднати зусилля всіх медичних працівників різного профілю і рівня знань, різних наукових шкіл і напрямків, різних досвіду і практики біля постелі одного хворого? Як усе це застосувати до одного хворого, однієї його хвороби з усіма її особливостями й про-явами?

Заздрість, підсиджування один одного, дрібне торжество у разі прорахунку колеги створюють у край несприятливий клімат у колективі й неминуче відбиваються на наслідках лікування хворих.

Зовсім неприпустимим є критиканство на адресу свого попередника, що часом трапляється.

Якість оперативного втручання залежить не тільки від професійної майстерності хірурга, а й від злагодженості роботи асистентів і медичного персоналу, їхнього позитивного психоемоційного настрою. Від того, як хірург навчатиме своїх працівників, як впливатиме на них, як зуміє підготувати увесь медичний персонал операційного блоку й усього відділення, наскільки буде злагодженою робота всіх ланок колективу (під час операції, перев'язок, процедур тощо), багато в чому залежить здоров'я, а часом і життя хворого.

Правила поведінки в хірургічному стаціонарі

Санпропускник є важливою ланкою в діяльності хірургічного стаціонару. Хворий, потрапляючи до санпропускника, нерідко перебуває під впливом сильного болю, а також під впливом страху, що посилює біль, або боїться, що під впливом медичних маніпуляцій виникне біль ще більшої інтенсивності.

Не потрібно сподіватися, що больовий синдром стане на перешкоді у хворих фіксувати і узагальнювати, що відбувається. Завдання медичних працівників полягає не лише в тому, щоб госпіталізувати хворого, але і проявити максимум такту, уваги до нього. Потрібно навчитися усувати зовнішні прояви гидливості у разі потрапляння на обличчя слини, блювотних мас тощо.

Щоб знизити рівень негативних емоцій, що їх проявляють хворі, які вперше потрапили в хірургічне відділення, було б доцільніше розділити приймальне відділення на окремі приміщення для прийому хворих, з екстремними захворюваннями і для хворих, яких госпіталізують у плановому порядку.

Хворі з травмами, а особливо ті, яких доставлено в стані алкогольного сп'яніння, проявляють схильність до резидуальних афектів, самозбудливості під час споглядання ушкоджень свого тіла, гіперергічних реакцій на біль, спотворення у своєму сприйнятті фактів і дій медичного персоналу.

Психопатичні риси хворого розкриваються на будь-якому етапі стаціонарного лікування. Хворі цієї категорії проявляють себе в палатах, у відділенні в цілому як негативні лідери, своєю поведінкою погіршуючи психологічний клімат.

Також на психологічний клімат у палатах впливає і тяжкий стан хворих. Пацієнти з невротичними проявами або патологією характеру частіше погіршують систему міжособових стосунків, схильні перебільшувати і відшукувати недоліки в роботі лікувальних закладів, промахи, допущені медичними працівниками. Тому психологічний клімат у палаті, де перебувають хворі, схильні до цих проявів, потребує відповідної корекції з боку лікаря і палатної медсестри. Вона полягає передусім в активних профілактичних і психокоригувальних заходах щодо цілеспрямованого запобігання негативним проявам у палаті і в стаціонарі в цілому.

Психокорекцію необхідно проводити з урахуванням статі, віку, освітнього рівня хворого та інших індивідуальних характеристик. Слід особливу увагу приділити такому контингенту хворих хірургічного відділення, як пацієнти з онкологічними захворюваннями.

Медсестри зобов'язані використовувати всі можливості, щоб допомогти хворому, зважаючи при цьому на специфіку онкологічної патології травного тракту, а саме порушення пасажу їжі, кахексію, больовий синдром, нетримання калу, що призводять до змін психічного стану хворого. Неприємний запах у палаті, тяжкий психічний і фізичний стан хворих, труднощі, пов'язані з елементарними функціями організму, ускладнюють роботу медичного персоналу відділення. Весь колектив клініки повинен спрямувати свої зусилля на те, щоб не акцентувати увагу хворого на його стані, не проявляти дратівливості, а вселити надію на одужання і повернення до нормального повноцінного життя.

Велике значення в організації роботи хірургічного відділення мають лікарські обходи, що є важливим психопрофілактичним і психотерапевтичним чинником. Лікарські обходи потрібно проводити чітко й швидко: тривалий обхід втомлює і медперсонал, і хворих.

Будь-який лікарський обхід (адміністративний, консультативний, позаплановий та ін.) повинен оформлюватися так, щоб він виконав свої основні завдання: дисциплінування персоналу і хворих та оперативне розв'язання невідкладних лікувальних і господарських проблем. Для медичного персоналу обхід є своєрідною школою з лікувально-діагностичних питань, а для хворих — перевіркою дотримання ними режиму і дисципліни. Під час обходу керівник повинен проводити, безпосередньо

чи побічно, психокорекцію хворих (через персонал, інших хворих, шляхом нових призначень, маніпуляцій тощо.).

Будь-який медичний працівник зобов'язаний пам'ятати про свій борг перед хворими не лише з професійної точки зору. Велике значення мають правильні взаємини з хворими, тонкий психологічний підхід у період обстеження і лікування, продумана інформація про природу і характер захворювання, турбота про інтереси хворих.

Структура хірургічної клініки.

Поняття про гігієну в хірургічному стаціонарі.

Профілактика поширення госпітальної інфекції

Під час будівництва хірургічного стаціонару проектувальники враховують специфіку майбутнього відділення і передбачуваний обсяг надання допомоги в ньому. У більшості лікарень виділяють відділення для планових ("чистих") і гнійних хворих. У великих стаціонарах створюються спеціалізовані відділення на 30—50 ліжок для надання лікувальної допомоги хворим із судинною, ендокринною, легеневою та іншою патологією.

Сучасне хірургічне відділення — це складний комплекс. Нормальна діяльність його регламентується певними санітарно-гігієнічними нормами. Так звані чисті і гнійні хворі мають розміщуватися на різних поверхах: хворі із гнійними запальними захворюваннями на 1—2-му поверсі стаціонару, а хворі із плановими хірургічними захворюваннями ("чисті") над ними. Вони не мають між собою сполучень, що пов'язано із запобіганням поширенню хірургічної інфекції в лікарні.

Хірургічне відділення рекомендують проектувати вікнами на південь, південний схід або південний захід. Таке орієнтування створює сприятливі умови для освітлення палат природним сонячним світлом, з достатньою дозою ультрафіолетових променів, які згубні для багатьох видів інфекційних збудників, що дає можливість знизити поширення бактеріального забруднення в стаціонарі. У структуру хірургічного відділення входять палати для хворих на одне-двоє ліжок, операційний блок, палати інтенсивної терапії або реанімації, перев'язувальні — 2, маніпуляційна, кабінети завідувача відділення і старшої медичної сестри, ординаторська, їдальня, санітарний вузол, білизняна, інші підсобні приміщення.

У палатах доцільно розміщувати двоє ліжок. Вони мають бути зручними, з не занадто м'якими матрацами. Біля ліжка мають розміщуватися приліжкові тумбочки. Потрібно виділяти кілька палат для післяопераційних хворих, які проходять долікування після переведення їх з відділення інтенсивної терапії. У цих палатах варто встановлювати функціональні ліжка на коліщатах, які фіксуються ножними стопорами. Особливістю цих ліжок є те, що медичний персонал, та й сам хворий можуть за допомогою регулятора створювати необхідне положення ліжка — підняти головний кінець, опустити ножний кінець і т. д. До цих ліжок надаються різні приставні меблі: столик для їжі, стійки для підключення систем для інфузії лікарських препаратів, а в матраці є ніша для підкладного судна.

Площа палат має бути на меншою ніж 6,5—7,5 м² на одне ліжко. Ліжка розташовують уздовж стін, щоб було зручно транспортувати хворих у палату на каталці. Співвідношення площі вікон до підлоги має бути 1:6. Електричне освітлення не повинне бути яскравим, щоб не спричиняти подразнення очей. Температурний режим має дотримуватися в межах 18—20 °С. Гігієнічні норми повітря в палаті станов-

лять 27—30 м³, що у разі природного і штучного повітрообміну дає можливість створити в приміщенні концентрацію вуглекислоти не більше ніж 0,1 %. Швидкість руху повітря має бути в межах 0,10—0,15 м/с при його вологості 50—55 %. Це оптимальні умови для нормальної життєдіяльності людини. Нині зазначені параметри регулюють за допомогою кондиціонерів.

Біля кожного ліжка має бути індивідуальний нічний світильник, щоб у разі надання допомоги хворому в нічний час медичний персонал не турбував інших пацієнтів умиканням загального освітлення. Для зв'язку хворого з постом медичної сестри кожне ліжко обладнується пультом виклику. Необхідною приналежністю в палатах є холодильники для зберігання продуктів, умивальник з гарячою та холодною водою.

Палати інтенсивної терапії становлять 8—12 % ліжкового фонду у відділенні. Хворих з операційного блоку доставляють у відділення на функціональних ліжках. Тут вони перебувають після порожнинних операцій протягом 3—5 днів, коли потрібне постійне спостереження і проведення необхідного медикаментозного лікування. Слід облаштувати відділення дихальними апаратами, електростимуляторами, наявністю централізованого подавання кисню. Після виведення хворого з тяжкого стану, відновлення нормальної функції життєво важливих органів його переводять у післяопераційні палати. Санітарний режим у відділенні інтенсивної терапії (реанімації) такий, як в операційному блоці. Тому площа приміщень відділення інтенсивної терапії має становити 30—42 м² на одне ліжко.

Стіни палат, коридорів мають бути пофарбовані у світлі тони, завдяки чому можна помітити будь-яке забруднення й проводити вологе прибирання з використанням антисептиків.

Гігієна тіла, одягу медперсоналу, гігієна білизни й одягу хворих

Усі медичні працівники мають неухильно дотримуватися правил особистої гігієни. Приступаючи до роботи, вони повинні прийняти душ і перевдягтися в спецодяг. Потрібно стежити за чистотою рук і нігтів, які повинні бути коротко обрізаними. При цьому на шкірі не повинно бути тріщин, задирок, запальних процесів. Мити руки потрібно після кожної маніпуляції, відвідування санвузла. Після миття руки змащувати кремом або сумішшю гліцерину (3/4) із нашатирним спиртом (1/4). Якщо на шкірі з'являються гнійні запальні процеси, у працівника катар верхніх дихальних шляхів, ангіна, отит, він відсторонюється від роботи до повного вилікування.

Усі працівники двічі на рік проходять диспансерне обстеження з обов'язковим узяттям мазків із зіву й носа на виявлення бактеріоносійства.

Після закінчення робочого дня медичний персонал має повторно прийняти душ і перевдягтися.

Пост медсестри

Запорукою успіху в роботі медичної сестри хірургічного відділення є організація її робочого місця. Навантаження на медсестру зазвичай становить 25—30 хворих, що дає можливість їй якісно виконувати всі лікарські призначення. Частина призначень виконують медичні сестри процедурного (взяття крові, внутрішні інфузії тощо) і перев'язного кабінетів.

Пост медичної сестри має розташовуватися неподалік від палат, які вона обслуговує, найчастіше в коридорі між палатами.

Оснащення поста медичної сестри: стіл з ящиками, що замикаються, для зберігання документації та історій хвороби, телефон, настільна лампа, крісло, шит, на який надходить сигналізація з палат, та ін.

У процедурному кабінеті мають бути:

- шафи для медикаментів з написами “*Внутрішнє*”, “*Зовнішнє*”, які закриваються на ключ;
- столик для бікса зі стерильним матеріалом і антисептичними засобами (йод, спирт і т. д.);
- сейф для зберігання сильнодіючих і наркотичних препаратів;
- холодильник для внутрішньовенних розчинів;
- умивальник з рушником;
- кушетка, кілька стільців.

Робоче місце як постової медичної сестри, так і процедурний кабінет мають утримуватися в зразковому порядку.

Медична сестра зобов’язана суворо дотримувати правил особистої гігієни: бути охайною, одягненою в чистий халат, носити шапочку або косинку, під час виконання ін’єкцій і внутрішніх уливань зобов’язана користуватися марлевою маскою.

Медичний персонал має планувати свій робочий день виходячи з режиму роботи хірургічного відділення.

Важливим моментом у роботі медичного персоналу є передавання чергувань. Передаючи чергування, медична сестра доповідає тій, котра прийшла на зміну, про: кількість хворих у відділенні, наявність медикаментів, які потрібно використовувати за призначенням, і стан здоров’я тяжкохворих. Медичні сестри спільно обходять палати.

Пристаюючи до чергування, медична сестра приймає:

- медичний інструментарій (шприци, термометри) і лікарські препарати;
- ключі від сейфа із сильнодіючими і наркотичними препаратами, журнал про використання їх;
- журнал лікарських призначень лікарських препаратів і маніпуляцій, списки хворих, яких потрібно готувати до операцій та інструментальних обстежень;
- журнал передавання чергувань, де позначено загальну кількість хворих і списки тяжкохворих. У цьому журналі обидві медичні сестри ставлять свої підписи.

Обов’язки постової та старшої медичної сестри

Роботу медичної сестри відділення щодо обслуговування хворих контролює ординатор відділення, щодо розпорядку роботи — старша медсестра відділення.

Медична сестра відповідає за своєчасне і правильне виконання лікарських призначень і за якість догляду за хворими в палатах або перев’язочній, маніпуляційній. На посаду палатної медичної сестри призначають особу із середньою медичною освітою. В коло її обов’язків входить:

1. Догляд і спостереження за хворими з дотриманням принципів медичної деонтології.
2. Своєчасне й точне виконання призначень лікаря-ординатора; у разі невиконання призначень незалежно від причини негайно доповідає про це лікарю.
3. Своєчасна організація обстеження хворих у діагностичних кабінетах, у лікарів-консультантів і в лабораторії.

4. Спостереження за станом хворого, фізіологічними відправленнями, сном. Про виявлені зміни доповідає лікарю.

5. Негайне повідомлення лікаря, а за його відсутності — завідувачу відділення або черговому лікарю про раптове погіршення стану хворого, записування призначеного лікування, догляд за хворими, контроль за виконанням призначень.

6. Участь в обході лікарів у закріплених за нею палатах, повідомлення про стан хворих, записування призначень і догляд за хворими, контроль за виконанням призначень.

7. Санітарно-гігієнічне обслуговування фізично ослаблених і тяжкохворих (умивання, годування, напування, за потреби полоскання рота, промивання очей, вух тощо.).

8. Приймання і розміщення в палаті хворих, перевірка якості санітарної обробки хворих, яких госпіталізовано.

9. Перевірка передач хворим, щоб не допустити вживання протипоказаної їжі і напоїв.

10. Ізолювання агонуючих хворих, присутність під час смерті хворого, виклик лікаря для констатації смерті, підготовка трупів померлих для передачі їх у морг.

11. Передавання чергування біля ліжок хворих. Приймання чергування та огляд закріплених за нею приміщень, стану електроосвітлення, наявності жорсткого і м'якого інвентарю, медичного устаткування і інструментарію, медикаментів. Розписування за приймання чергування в щоденнику відділення.

12. Контроль за виконанням хворими та їхніми родичами режиму відділення. Про випадки порушень режиму медична сестра доповідає старшій медичній сестрі.

13. Керівництво роботою молодшого медичного персоналу і контроль за виконанням ними правил внутрішнього розпорядку.

14. Один раз на тиждень проведення зважування хворих, фіксує масу тіла в історії хвороби. Хворим, яких госпіталізовано, вимірювання температури тіла двічі на день, записування показників у температурний листок.

15. У разі виявлення у хворого ознак інфекційного захворювання негайно повідомляти про це лікарю, за його розпорядженням ізолювання хворого і негайне проведення поточної дезінфекції.

16. За призначенням лікаря підрахунок пульсу, дихання, вимірювання добової кількості сечі, мокротиння тощо, фіксування цих даних в історію хвороби.

17. Контроль за санітарним станом закріплених за нею палат, а також особистою гігієною хворих (догляд за шкірою, ротовою порожниною, стрижкою волосся і обрізання нігтів), за своєчасним прийманням гігієнічних ванн, переміною натільної і постільної білизни.

18. Піклування про своєчасне забезпечення хворих усім необхідним для лікування й одужання.

19. У разі змін у стані хворого, що вимагають термінових заходів, повідомляти лікарю відділення, а за його відсутності — негайно викликати чергового лікаря, надати екстрену долікарську допомогу.

20. Контроль за одержанням хворими їжі згідно з призначеною дієтою.

21. Контроль за вживанням хворими призначених ліків у її присутності.

22. Підвищення професійної кваліфікації шляхом відвідання науково-практичних конференцій для середнього медичного персоналу.

23. Ведення необхідної звітної документації.

24. За відсутності сестри-господарки спільно із молодшою медсестрою відповідає за зберігання отриманої білизни для хворих.

25. За відсутності старшої медичної сестри під час обходу супроводжує лікарів відділення, чергового лікаря, представників адміністрації. Заносить у щоденник відділення всі їхні зауваження і розпорядження.

Роботою медсестер і молодших медсестер хірургічного відділення керує старша медична сестра, а її роботою — завідувач відділення. Вона виконує його вказівки щодо догляду і обслуговування хворих і несе всю відповідальність за це.

Ураховуючи коло обов'язків, на цю посаду призначають медичну сестру зі стажем роботи на цій посаді не менше трьох років і зазвичай з першою атестаційною категорією. Старшу медичну сестру хірургічного відділення призначає і звільняє головний лікар лікарні за рекомендацією завідувача хірургічного відділення. Відповідно до завдань хірургічного відділення старша медична сестра забезпечує:

- проведення заходів щодо раціональної організації праці середнього і молодшого медичного персоналу шляхом використання малої механізації тощо;
- доцільний підбір кадрів молодшого і середнього медичного персоналу з урахуванням психологічної сумісності; складання графіків роботи молодшого і середнього медперсоналу згідно зі штатним розписом;
- нормальне функціонування відділення шляхом своєчасної заміни медсестер і молодших медсестер, котрі з якихось причин не змогли вийти на роботу;
- відділення медичним інструментарієм і медичними препаратами, а також іншими предметами догляду за хворими; зберігання, розподіл, механізм списування і контролю за їх використанням;
- санітарно-епідеміологічний режим у відділенні;
- дотримання правил зберігання і облік наркотичних препаратів;
- організацію індивідуальних постів біля тяжкохворих за індивідуальним розпорядженням завідувача відділення;
- дотримання персоналом відділення, хворими, відвідувачами правил внутрішнього розпорядку відділення;
- контроль за травленням у хворих шляхом призначення відповідних дієт, складання порційних вимог відповідно до прийнятих дієт, за якістю приготованої їжі, та її роздачу;
- облік госпіталізації і виписки хворих, складання звіту про рух хворих у відділенні і передає у приймальне і поліклінічне відділення інформацію про наявність вільних ліжок;
- за допомогою персоналу приймального відділення оповіщення родичів хворого про день і годину виписки або переведення його в інше відділення, за потреби забезпечує хворого супровідним співробітником і транспортом.

В обов'язки контролю старшої медичної сестри входить:

- своєчасність і чіткість виконання призначень лікаря;
- дотримання принципів лікувально-охоронного режиму;
- збереження в робочому вигляді медичного інструментарію, апаратури і предметів догляду за хворими, а також так званого м'якого і твердого інвентарю.
- своєчасне і правильне забезпечення харчування хворих;
- виконання правил прийому і виписки хворих середнім і молодшим медперсоналом відділення;

- під керівництвом завідувача відділення розробка і контроль виконання планів підвищення кваліфікації середнього і молодшого медперсоналу;
- участь у роботі ради медичних сестер лікарні, сестринських конференціях.

Медична документація

Персонал хірургічних стаціонарів веде медичну документацію, що має велике статистичне значення. На підставі певних форм обліку ведеться розроблення статистичних звітів про кількість хворих, яких лікували в хірургічному відділенні з приводу гострого апендициту, защемленої грижі, виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки тощо. При цьому фіксують відсоткове співвідношення оперованих хворих і ускладнень, що виникли у них, тривалість перебування в стаціонарі і т. д. Дані про ефективність проведеного лікування, що їх фіксують в історії хвороби, використовують для наукової обробки доцільності застосування використовуваних лікарських препаратів, фізіотерапевтичних процедур, оперативних втручань і т. д. У юридичному плані персонал відповідальний за правильне оформлення і зберігання медичної документації (історії хвороби, журналу використання наркотичних препаратів тощо).

Облік хворих веде медична сестра в журналі реєстрації хворих (форма 001у), яких прийняли. Вказують прізвище, ім'я, по батькові, вік, професію і адресу хворого. Обов'язково оцінюють місце роботи хворого. Якщо хворого доставили у неприйнятному стані, ці відомості одержують у родичів, які їх супроводжують. Після огляду лікаря та встановлення діагнозу визначають, в яке відділення помістити хворого. Якщо хворого доставлено неприйнятним, ці відомості реєструють у документах. Хворих, доставлених спеціальним або попутним транспортом у термінальному стані, медичний персонал зобов'язаний описати: основні зовнішні прикмети, паспортні дані людей, що доставили його, і повідомити міліцію. При цьому зафіксувати, хто прийняв повідомлення в міліції.

На всіх, кого госпіталізують до стаціонару, заводять історію хвороби (форма 003у) і ведуть статистичну карту вибулих зі стаціонару. Дані заносять в алфавітну книгу для довідкової служби. На титульній сторінці історії хвороби відзначають: порядковий номер історії хвороби, дату і час госпіталізації, паспортні дані хворого, ким направлений, через скільки годин від початку захворювання доставлений у стаціонар, діагноз хвороби, поставлений установою, яка направила хворого. Медична сестра під час опитування хворого з'ясовує про перенесені захворювання, такі як хронічний гепатит, вірусний гепатит (хвороба Боткіна), СНІД та ін. Якщо такі є, залишає маркування на титульній сторінці історії хвороби. Тут робить запис про проведену санітарну обробку хворого. Включає в історію хвороби опис речей і матеріальних цінностей, зданих на зберігання. Другий примірник так званої приймальної квитанції (форма 1-73) прикріплюють до речей хворого і здають їх у камеру схову.

У разі виявлення вошей, які є переносниками висипного й поворотного ендемічного тифу, медична сестра має вжити належних санітарних заходів щодо проведення дезінсекції. У санітарно-епідеміологічну станцію (СЕС) за місцем проживання хворого направляють повідомлення про інфекційне захворювання (форма 058 у).

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ В ЧИСТІЙ ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНІЙ. ДЕСМУРГІЯ, ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНИЙ МАТЕРІАЛ. ТИПОВІ БИНТОВІ ПОВ'ЯЗКИ. ПОВ'ЯЗКИ НА ГОЛОВУ, ШИЮ, ГРУДНУ КЛІТКУ. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ, ОПЕРОВАНИМИ В ДІЛЯНЦІ ГОЛОВИ, ШИЇ, ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Перев'язувальна — спеціально обладнане приміщення для здійснення перев'язок, огляду ран і проведення низки процедур у процесі лікування ран. У перев'язувальній можна виконувати також ін'єкції, трансфузії, невеликі операції.

Уперше перев'язувальні з'явилися в побудованих згідно з наказом Петра I Московському госпіталі і Петербурзькому морському госпіталі. Поділ перев'язувальних на чисті і гнійні ще запровадив М.І. Пирогов.

Залежно від профілю відділення в чистій перев'язувальній проводять новокаїнові блокади, діагностичні й лікувальні пункції грудної і черевної порожнин, а також переливання крові та введення деяких ліків. Нерідко в чистих перев'язувальних виконують невеликі операції, скелетне витягнення, видаляють доброякісні пухлини шкіри і підшкірної жирової клітковини, первинну обробку невеликих ран ургентним хворим. Перев'язувальні нейрохірургічних, гінекологічних, урологічних і опікових відділень оснащені відповідним устаткуванням.

Санітарно-гігієнічні вимоги до перев'язувальної

Відповідно до будівельних норм площа перев'язувальної на 1 стіл становить 22 м², а перев'язувальної на 2 столи — 30 м². У лікарнях, де постійно проводиться навчальний процес, рекомендується встановлювати 3—4 столи, щоб усі студенти виконували перев'язки під контролем викладача. Зазвичай перев'язувальні розміщують в одному коридорі з палатами з розрахунку на швидку доставку хворих на перев'язку.

Співвідношення площі вікон до підлоги у перев'язувальних має становити 1:4. Стіни й стеля перев'язувальних і маніпуляційних мають бути пофарбовані олійними фарбами, що дає змогу проводити регулярну санітарну обробку їх із застосуванням антисептичних засобів.

Біля раковин для миття рук і інструментів стіни обов'язково облицьовують керамічною плиткою заввишки не менше 1,7—2 м. Підлогу покривають керамічною плиткою, у центрі обладнують люк для стікання води. Перев'язувальну потрібно забезпечити добрим освітленням. Вікна орієнтують на північ, північний схід або північний захід. Для штучного освітлення на стелі встановлюють електролампи з розрахунку 500 Вт на 50 м². Над кожним перев'язувальним столом встановлюють безтіньову лампу.

У кожній перев'язувальній має бути передбачене аварійне акумуляторне освітлення. Перев'язувальна повинна забезпечуватися гарячою і холодною водою. Встановлюють не менше двох раковин на певній відстані від стерильного столу, зазвичай біля вхідних дверей. Одна з них призначена для миття рук, інша — для інструментів.

Організація роботи в перев'язувальній

До початку ранкової конференції перев'язувальна медична сестра повинна оглянути перев'язувальну і виявити, чи не порушили працівники чергової служби, виконуючи екстрені перев'язки, встановлений порядок, чи не залишили після себе використаний перев'язувальний матеріал і інструменти. Про всі виявлені недоліки вона зобов'язана доповісти на ранковій конференції. Після конференції перев'язувальна медсестра включається в ранкове прибирання і доки санітарка займається вологим прибиранням приміщення, розбирає стерильний інструментально-матеріальний стіл. Після цього виписує вимоги (рецепти) в аптеку для поповнення медикаментів і перев'язувального матеріалу. Тим часом санітарка, закінчивши ранкове прибирання, відносить для стерилізації підготовані бікси і забирає простерилізовані з інструментом, перев'язувальним матеріалом, білизною та ін. Отримавши стерильні вироби, перев'язувальна медсестра перестеляє стерильний інструментально-матеріальний стіл, і перев'язувальна готова до роботи.

Доки йде ранкове прибирання в перев'язувальну надходять списки хворих, яким призначені перев'язки. Їх складають лікарі або палатні медсестри, які брали участь у ранковому обході палат. Перев'язувальна медсестра, отримавши ці списки, повинна визначити черговість виконання перев'язок, виходячи з асептичності передбачуваних заходів і побажань лікарів.

У чистих перев'язувальних першими виконують пункції суглобів, кісток і м'яких тканин, а також спинномозкового каналу. Після цього — плевральні пункції, оскільки не завжди можна передбачити характер умісту плевральної порожнини. Далі виконують перев'язки свіжих післяопераційних ран, потім — зняття швів і наприкінці перев'язку інших чистих ран.

У гнійних перев'язувальних черговість встановлюють залежно від кількості гнійного вмісту, наявності вираженого некрозу і гнійної інфекції. Останніми перев'язують хворих із каловими норицями.

Десмургія. Види перев'язувального матеріалу і його властивості

Десмургія (з грец. *desmos* — зв'язок, пов'язка, *ergon* — робота, дія) — вчення про пов'язки, правильне застосування й накладання їх при різних ушкодженнях і захворюваннях. Мета накладання пов'язки — утримувати перев'язувальний матеріал на поверхні тіла (здавлювальні пов'язки); якщо потрібно накласти пов'язку з тиском на прилеглі тканини (здавлювальні); іммобілізувати будь-яку частину тіла (нерухомі пов'язки) або створювати можливість тяги за кінцівку, голову і т. д. (витяжні пов'язки). Особливий вид пов'язок — пов'язки із плівкоутворювальних речовин.

Основним видом перев'язувального матеріалу є марля — бавовняна тканина, нитки якої нещільно прилягають одна до одної. Така будова матеріалу забезпечує марлі основну її властивість — гігроскопічність. Окрім того, марлю можна легко прати, стерилізувати, вона дуже легка й дешева.

Для зручності використання в хірургії з марлі виготовляють серветки, тампони, турунди, кульки й бинти. Вони можуть бути найрізноманітнішого розміру. Зокрема бинти мають ширину від 5 до 20 см.

Перев'язувальний матеріал може бути стерильним і нестерильним. Стерильний матеріал використовують для накладання безпосередньо на рану, нестерильний —

для фіксації пов'язок на певній частині тіла. Стерилізація перев'язувального матеріалу в основному здійснюється в автоклаві парою під високим тиском. Часом застосовують заводську променево стерилізацію, і тоді перев'язувальний матеріал надходить у герметичних поліетиленових упаковках.

З марлі виготовляють гіпсові бинти (марлевий бинт, рівномірно пересипаний сульфатом кальцію), а також ватно-марлеві тампони.

Іншим видом перев'язувального матеріалу є вата. Вона може бути як бавовняна, так і синтетична (віскозна). Однак більшого використання набули два її види: гігроскопічна (біла вата) і негігроскопічна (сіра вата).

Білу вату використовують для накладання пов'язок у тому разі, коли необхідно створити відтік ранового вмісту. Сіру вату використовують для накладання компресної пов'язки, тому що вона більше запобігає випаровуванню лікарської речовини і сприяє збереженню тепла. Вату використовують для виготовлення ватно-марлевих тампонів, кульок, накручують на палички для обробки невеликих ран, норицевих ходів.

Способи стерилізації вати й марлі однакові. Інколи під час накладання пов'язок застосовують додаткові засоби. Можуть бути використані звичайна тканина (наприклад пов'язка з хустки), прогумована тканина (оклюзійна пов'язка при пневмотораксі), гіпсові лонгети, транспортні шини, спеціальні шини й інші пристосування.

Зміцнювальні пов'язки і пов'язки із плівкоутворювальних речовин застосовують у хірургії та суміжних із нею галузях, а нерухомі й витяжні — переважно у травматології та ортопедії. Терміном "пов'язка" позначають також ту чи ту заготовку із перев'язувального матеріалу з нанесеними на неї лікарськими речовинами або без них, яку накладають на рану або на будь-яку ділянку тіла для лікування або профілактики. Процес накладання пов'язки називають перев'язкою.

Існує велика різноманітність пов'язок. Їх класифікують за трьома ознаками: за видом перев'язувального матеріалу, за призначенням і за способом фіксації.

Класифікація пов'язок за видом матеріалу дуже проста:

- пов'язки із марлі (бинтові й безбинтові);
- пов'язки із тканини;
- гіпсові пов'язки;
- шинування;
- спеціальні пов'язки (цинк-желатинова пов'язка при лікуванні трофічних виразок та ін.).

На цей час для накладання майже всіх видів пов'язок використовують марлеві бинти. Із бинтів або марлі виготовляють компоненти для так званих безбинтових пов'язок (пращоподібної, Т-подібної, косинкової).

Тканинні пов'язки застосовують лише в критичних ситуаціях, якщо немає бинтів. Для їх накладання використовують наявний підручний матеріал (тканину, одяг).

Гіпсові пов'язки накладають за допомогою спеціальних гіпсових бинтів — звичайних бинтів, пересипаних гіпсом і зволжених водою. При шинуванні шини фіксують також звичайними марлевими бинтами (рідше спеціальними ременями).

При накладанні цинк-желатинової пов'язки також використовують марлеві бинти, але під час бинтування кожен шар пов'язки просякають спеціальною підігрітою цинковою пастою.

Класифікація пов'язок за призначенням

Класифікація за призначенням залежить від функції пов'язки. Виокремлюють такі види пов'язок:

- захисна (або асептична). Функція — профілактика вторинного інфікування рани;
- лікувальна. Функція — забезпечення постійного доступу до рани лікарської речовини, яка зазвичай нанесена на нижні шари пов'язки;
- гемостатична (здавлює судини). Функція — зупинення кровотечі;
- іммобілізувальна. Функція — знерухомлення кінцівки або якоїсь її частини;
- витяжна. Функція — витягнення кісткових відламків;
- коригувальна. Функція — усунення деформацій;
- оклюзійна. Функція — пов'язка, накладена при відкритому пневмотораксі, щоб припинити надходження повітря через рану в грудній клітці;
- компресна. Функція — усунення запальних інфільтратів, тромбофлебиту та ін.

Техніку накладання цих видів пов'язок і показання до застосування їх будуть розглянуті у відповідних розділах книги. У цьому розділі буде дана характеристика лише двох спеціальних видів пов'язок — компресної та оклюзійної.

Компресна пов'язка забезпечує тривалий вплив на тканини розчину лікарської речовини, не спроможної до випаровування. Найчастіше застосовують напівспиртові (або горілчані) компреси, а також компреси з мазями (мазь Вишневецького).

Методика накладання: на уражену ділянку шкіри кладуть тканину або серветку, змочену лікарською речовиною, зверху — вошаний папір або поліетилен, потім сіру вату. При цьому кожний наступний тур бинта по периметру на 2 см перекриває попередній. Зазвичай пов'язку фіксують бинтом.

Оклюзійну пов'язку застосовують на рану грудної клітки, що сполучається із плевральною порожниною. Мета накладання пов'язки — герметичне закриття рани для запобігання потраплянню атмосферного повітря в плевральну порожнину. Для її накладання зручно використати індивідуальний перев'язувальний пакет, до якого входять два стерильних ватно-марлевих тампони і бинт, які зберігаються в стерильній упаковці із прогумованої тканини.

Методика накладання: пакет розкривають, на рану накладають прогумовану тканину внутрішньою стерильною поверхнею, на неї — ватно-марлевий тампон, зверху — бинтову пов'язку. Прогумована тканина не пропускає повітря, тому шільна фіксація її тампоном і бинтом забезпечує необхідну герметичність рани.

Безбинтові пов'язки

Клейова пов'язка

Перев'язувальний матеріал фіксують на рані за допомогою клею. Можна застосувати клеол, колодій, клей БФ-6. Найчастіше застосовують клеол — спеціальний клей, до складу якого входять каніфольні смоли та ефір.

Після накладання на рану стерильних серветок безпосередньо по їхньому краю на шкіру наносять смугу клеолу завширшки 3—5 см.

Через 30—40 с накладають натягнену марлю і пригладжують її через шар матерії (простирадло, рушник). Після приклеювання марлі зайву частину її країв відрізають ножицями, згладжуючи гострі кути. Марлю повторно притискають до шкіри.

Таким чином краї марлі повністю приклеюються і не задираються, що забезпечує надійну фіксацію перев'язувального матеріалу.

У разі багаторазового накладання клейової пов'язки на шкірі залишається шар клеолу, який легко можна зняти ефіром або бензином (гірше — спиртом).

Переваги клейової пов'язки: швидкість і простота накладання, а також невеликий розмір пов'язки, що зручно для хворого.

Недоліки: можлива алергійна реакція шкіри на клеол, недостатня фіксація (на рухомих частинах тіла); такі пов'язки не застосовують на обличчі й промежині, тому що в цих місцях вони спричиняють подразнення чутливої шкіри; окрім того, пари ефіру можуть спричинити опік слизових оболонок.

Найчастіше клейові пов'язки використовують при ранах на тулубі, зокрема після операцій на органах грудної і черевної порожнин, заочеревинному просторі.

ПРАВИЛА БИНТУВАННЯ

1. Хворий набуває зручного положення.
2. Частина тіла, на яку накладають пов'язку, має бути в тому положенні, у якому вона буде після бинтування.
3. Той, хто накладає пов'язку, має бути поверненим обличчям до хворого, щоб спостерігати за виразом його обличчя, чи не спричинює пов'язка біль.
4. Бинтувати починають знизу догори, при цьому права рука розгортає головку бинта, а ліва — утримує пов'язку і розправляє тури бинта.
5. Бинт розгортають в одному напрямку, причому кожен тур бинта має вкривати попередній наполовину або на 2/3 його ширини.
6. Бинтування починають із двох перших змішувальних турів бинта.
7. Кінець бинта закріплюють на здоровому боці або в тому місці, де вузол не турбуватиме хворого.

Особливості догляду за хворими, які перенесли оперативні втручання на голові, шиї та органах грудної клітки

Догляд за хворим після операції на щитоподібній залозі

Хворим, оперованим з приводу тиротоксичного зоба, особливо неврівноваженим, у післяопераційний період потрібно забезпечити спокій. Найзручнішим є положення напівсидячи з трохи нахиленою вперед головою. Чергова сестра спостерігає за загальним станом хворого, кольором шкірних покривів, частотою, наповненням і ритмом пульсу, показниками АТ, станом пов'язки. Потрібно мати наготові стерильні шприци і необхідні медикаменти: камфору, кордіамін, строфантин, глюкозу, гідрокортизон, стерильну систему для внутрішньовенного і підшкірного введення препаратів, переливання крові, балон із киснем. Шкіра хворих із тиротоксичним зобом ніжна, тонка, і нерідко після операції виникає подразнення її внаслідок змащування йодом, клеолом. У такому разі добре змащувати шкіру вазеліном, індіферентними мазями.

У найближчі години після операції у хворого може розвинутися стан гострого тиротоксикозу, що проявляється наростаючим занепокоєнням, почервонінням обличчя, посиленням тремтіння рук, тіла, частим пульсом, іноді аритмією, підвищен-

ням температури тіла. Медсестра негайно сповіщає про це лікареві й активно включається в надання допомоги. У таких хворих після операції часом виникають болісні судоми кінцівок, обличчя. З'являються вони внаслідок травми або видалення парашитоподібних залоз, що регулюють обмін кальцію. Призначають хлористий кальцій внутрішньовенно (10 мл 10 % розчину 2—3 рази на день). Одночасно призначають розчин хлористого кальцію всередину по столовій ложці 3—4 рази на день. Важливо звернути увагу на звучність голосу: осиплість — ознака операційної травми зворотного нерва.

Догляд за хворим після операцій на гортані (догляд за трахеостомою)

Трахеостому, або трахеальну норицю, накладають за наявності перешкод, які розташовані вище від голосових зв'язок. Її застосовують як один з ефективних засобів боротьби з дихальною недостатністю. Під час догляду за таким хворим основним завданням є підтримка прохідності трахеї і трахеотомічної трубки. Трубка може заповнюватися слизом, який утруднюватиме дихання, тому біля хворого має бути відсмоктувальний апарат, щоб за його допомогою у будь-який момент можна швидко видалити вміст трахеї стерильним гумовим еластичним катетером, уведеним через трахеотомічну трубку. Під час відсмоктування з трахеобронхіального дерева обов'язково користуватися лише стерильним катетером, щоб уникнути інфікування. Хворий із трахеостомою не спроможний розмовляти, і це нерідко лякає його, тому потрібно заздалегідь попередити його про те, що відсутність голосу — явище тимчасове, а також навчити хворого розмовляти, закриваючи зовнішній отвір трахеотомічної трубки пальцем. Персоналові, який доглядає хворого, потрібно мати на увазі можливі ускладнення після трахеостоми. Головна з них — підшкірна емфізема, що може виникнути в тому разі, коли трахеотомічна трубка нещільно фіксована до прилеглих тканин або невдовзі після операції під час руху хворого випала із трахеї, і повітря під час вдиху потрапляє в м'які тканини, поширюючись по фасціальних шлінах. Шия при цьому збільшується, обличчя стає одутлим. Медична сестра має повідомити про це лікареві, щоб ужити заходів, спрямованих на припинення надходження повітря в м'які тканини.

Догляд за хворим після операції на органах грудної клітки

Після операції на органах грудної клітки хворого поміщують у спеціальні палати, оснащені всім необхідним для надання екстреної допомоги. До виходу хворого з наркозу він має лежати без подушки. Після виходу з наркозу хворому надають підвищеного положення, що є найзручнішим для дихання, відхаркування мокротиння, діяльності серця. Велике значення має киснева терапія (подають зволожений кисень). Для запобігання накопиченню слизу винятково важливе значення має вчасне відсмоктування мокротиння катетером або аспіратором. У зв'язку з різким зниженням пластичної здатності тканин і ослабленням функцій організму ці хворі особливо схильні до утворення пролежнів, тому з перших днів після операції потрібно часто змінювати положення хворого в ліжку хоча б на короткий термін, одночасно перемінюючи білизну, якщо виникає потреба в цьому.

Нерідко після операції в порожнині плеври, а іноді й перикарда залишають гумову дренажну трубку для евакуації повітря й рідини. Якщо рідини в трубці виді-

ляється забагато і вона інтенсивно пофарбована кров'ю, медсестра має обов'язково покликати лікаря (можливо, потрібне буде оперативне втручання для зупинення кровотечі). Небезпечним є порушення герметичності дренажу, що може призвести до засмокування повітря і здавлювання серця та легенів; стан хворого при цьому погіршується, стають частішими пульс, дихання, з'являється синюшність шкірних покривів.

Дуже важливо стежити за тим, щоб не виник застій у шлунку; за найменших його ознак через носовий хід треба увести тонкий зонд і евакуювати вміст шлунка.

Догляд за хворим після мастектомії. Досить травматичною операцією є мастектомія — видалення грудної залози і регіонарних лімфатичних вузлів пахвової, підключичної і позалопаткової ділянок, унаслідок чого утворюється великий дефект тканин, перетинаються численні лімфатичні судини, що призводить до тривалого виділення ранової рідини. Ця операція зазвичай завершується дренажуванням рани з примусовим відсмоктуванням вмісту вакуум-відсмоктувачем. Медсестра, яка робить перев'язку, має стежити за герметичністю системи, відкачувати повітря із ємкості, зливати рідину з неї і фіксувати її кількість. У хворих із незначно розвиненою підшкірною жировою клітковиною кількість виділюваної рідини мінімальна, однак систему для відсмоктування потрібно тримати підключеною протягом 3—5 діб. У хворих із надмірною масою тіла потрібно використовувати вакуум-відсмоктувач протягом 5 і навіть 7 діб.

У більшості хворих після видалення дренажів виникає лімфорез в пахвовій ямці і підключичній ділянці. У цьому разі потрібна щоденна пункція з повною евакуацією рідини. Пункцію зазвичай робить лікар, який лікує хворого, однак досвідчена медсестра також повинна вміти їх виконувати (за погодженням із лікарем). Техніка пункції така. Шкіру в ділянці накопичення рідини обробляють 70 % етиловим спиртом і 3 % спиртовим розчином йоду, пальцем визначають центр порожнини, куди і вводять голку, проколюючи лише шкіру. Цю маніпуляцію потрібно виконувати якомога обережно, оскільки вглибині цієї порожнини проходять незахищені підключичні вена й артерія. Зазвичай за результатами першого тижня після операції кількість рідини становить 80—100 мл (часом більше). Кількість рідини поступово зменшується і через 3 тиж. щоденні пункції можна припинити і перейти лише на туге бинтування.

Накладання бинтових пов'язок на голову і шию

Пов'язка “шапка Гіппократа”

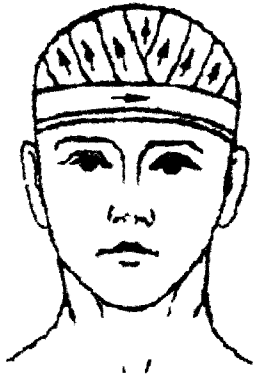
Пов'язка “шапка Гіппократа” прикриває увесь череп (мал. 60).

Накладають її за допомогою двоголового бинта або двох окремих бинтів. Одним із бинтів виконують циркулярні обводи через чоло і потилицю, зміцнюючи ходи другого бинта, що прикривають склепіння черепа.

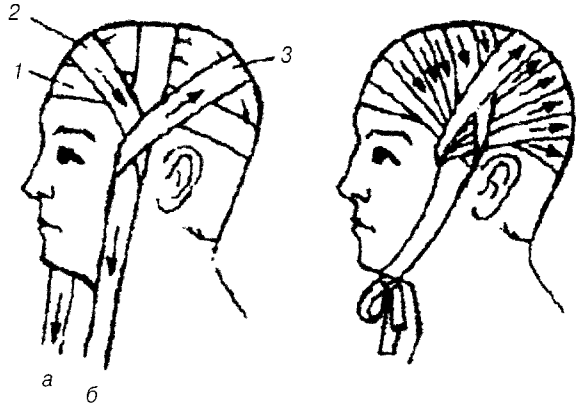
Пов'язка “чепець”

“Чепець” — пов'язка на голову, прикріплена до нижньої щелепи смужкою бинта (мал. 61).

Бинт (зав'язка) завдовжки трохи менше ніж 1 м кладуть на ділянку тімені, кінці його (мал. 61, *a* і *b*) опускають вертикально вниз попереду вух. Іншим бинтом вико-



Мал. 60. Шапка Гіппократа



Мал. 61. Пов'язка "чепець" (а і б — кінці бинта)

нують перший хід (1) навколо голови. Дійшовши до зав'язки з правого боку, огортають її бинтом (2) і ведуть бинт трохи косо, прикриваючи тім'яну ділянку. Після колового тура довкола лівої половини зав'язки бинт ведуть косо, прикриваючи потилицю (3). З іншого боку бинтом огортають праву половину зав'язки і ведуть його косо, прикриваючи чоло й частину тім'яної ділянки. Огортаючи шоразу бинтом зав'язку, ведуть його усе вертикальніше, доки не забинтують усю голову. Після цього бинт або закріплюють коловим туром, або прикріплюють до зав'язки; кінці зав'язки зав'язують під підборіддям, міцно закріпивши всю пов'язку.

Хрестоподібна, або вісімкоподібна, пов'язка на потилицю і задню шийну ділянку (мал. 62)

Коловими турами (1 і 2) бинт закріплюють навколо голови, над лівим вухом його опускають косо вниз на ший (3), далі навколо шиї і по задній ділянці її знову повертають на голову (4). Провівши бинт через чоло, повторюють третій тур (5), потім четвертий (6) і так далі. Двома останніми коловими турами пов'язку закріплюють навколо голови.

Пов'язка на одне око (мал. 63)

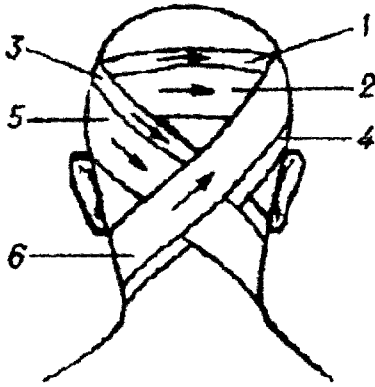
Перев'язуючи праве око, бинт тримають, як звичайно, ведуть його зліва направо (стосовно того, хто бинтує). Перев'язуючи ліве око (див. мал. 63), головку бинта зручніше тримати в лівій руці й бинтувати справа наліво.

Коловим горизонтальним туром через чоло закріплюють бинт, позаду опускають його вниз на потилицю, ведуть під вухом із хворого боку косо по щоці й угору, закриваючи chore око. Косий тур закріплюють коловим, далі — знову косий тур, але трохи вище від попереднього косого, і так, чергуючи колові й косі тури, закривають усю ділянку ока.

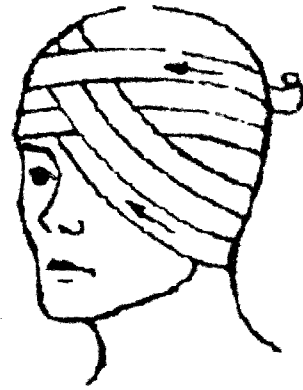
Пов'язка на обидва ока (мал. 64)

Вуха залишаються відкритими.

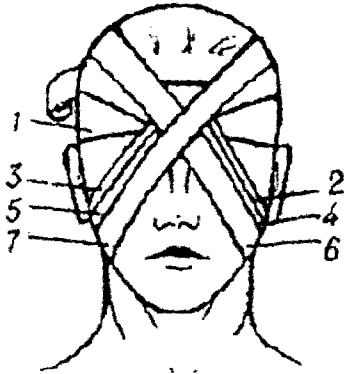
Бинт тримають, як звичайно, закріплюють його коловим туром (1), потім опускають по тімені й чолю вниз і виконують зверху донизу косий тур, який закриває ліве



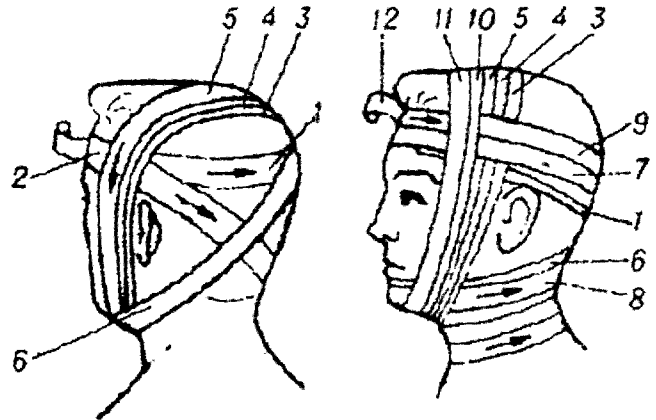
Мал. 62. Хрестоподібна пов'язка на потилицю і задню шийну ділянку



Мал. 63. Пов'язка на одне око



Мал. 64. Пов'язка на обидва ока

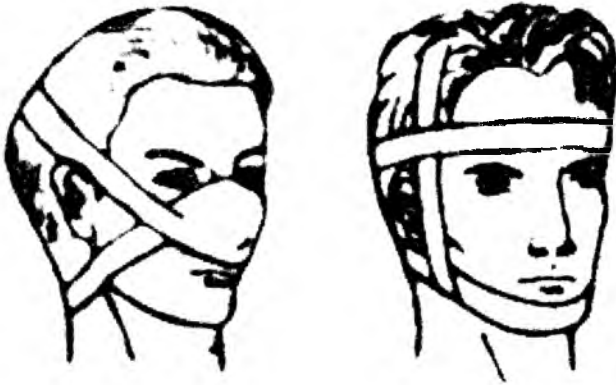


Мал. 65. Варіанти накладання пов'язки на нижню щелепу

око (2); бинт ведуть навколо потилиці вниз під праве вухо, а далі — косий тур знизу вгору, закриваючи праве око (3). Бинт цих й усіх наступних ходів (4, 6, 5, 7 і т. д.) перехрещується в ділянці перенісся. Пов'язку закріплюють коловим туром через чоло.

**Пов'язка, що підтримує нижню щелепу, —
“вуздечка” (мал. 65)**

Закріпивши бинт коловим горизонтальним туром 1, ведуть його косо до ділянки потилиці (2) на праву бічну поверхню шиї й під щелепу, потім угору спереду лівого вуха, через тім'я (3) і вниз спереду правого вуха, під щелепу й підборіддя. Ці колові вертикальні тури (4, 5, 10 і 11) періодично чергують із горизонтальними зміцнювальними турами через чоло (7, 9 і 12), бинт проводять по лівому боці шиї і потилиці (6 і 8) та з горизонтальними турами через шию — підборіддя, якщо його потрібно закрити спереду. Пов'язку закінчують коловими турами через чоло.



Мал. 66. Техніка накладання пращеподібної пов'язки:
а — на ніс; б — на підборіддя

Пращеподібна пов'язка

Під пращею у десмургії розуміють шматок марлі у вигляді стрічки завдовжки 50—60 см, обидва кінці якої надрізані в поздовжньому напрямку так, що середина завдовжки 10—15 см лишилася нерозрізаною (мал. 66).

Обов'язковою умовою під час накладання пращі є перехресне розміщення її кінців перед зав'язуванням.

“Неаполітанська” пов'язка на одне вухо і соскоподібний відросток, не захоплюючи шию (мал. 67)

“Неаполітанську” пов'язку починають коловими турами із хворого боку опускаючись усе нижче й нижче, прикриваючи ділянку вуха і соскоподібного відростка. Закріплюють пов'язку коловим туром.

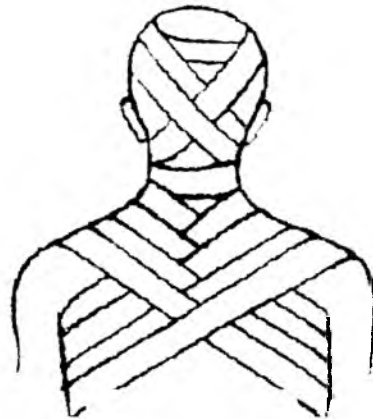
Пов'язка на шию і спину (мал. 68)

Пов'язка на шию має бути легкою, нетовстою; по можливості зменшити кількість колових турів, тому що вони спричиняють у хворого неприємні відчуття, здавлюють дихання. Хрестоподібну пов'язку на шию накладають по типу хрестоподібної пов'язки на потилицю, чергуючи її ходи із коловими, через шию.

Під час бинтування нижньої частини шиї або всієї шиї колові тури доповнюють ходами хрестоподібної пов'язки потилиці й хрестоподібної пов'язки спини, що йдуть через пахвову ділянку.



Мал. 67. “Неаполітанська” пов'язка на ділянку вуха і соскоподібного відростка



Мал. 68. Хрестоподібна пов'язка на шию і спину

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ, ОПЕРОВАНИМИ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ, ПРОМЕЖИНІ, КІНЦІВКАХ. ПОВ'ЯЗКИ НА ЖИВІТ, ПРОМЕЖИНУ, КІНЦІВКИ. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ПЕРЕЛОМАМИ. ТЕХНІКА ГІПСУВАННЯ

Догляд за хворим, який переніс втручання на кінцівках, у післяопераційний період

Спостереження і догляд за хворим з ушкодженнями опорно-рухового апарату переважно залежать від методу лікування. Під час лікування хворого з переломом послідовність заходів може бути такою: 1) репозиція (зіставлення кісткових фрагментів у положення, оптимальне для їх зрощення); 2) фіксація (тривале утримання фрагментів у цьому положенні); 3) функціональне лікування (починається на етапі фіксації і може тривати досить довго після зняття фіксувальних пов'язок або апаратів).

Медичний персонал, який спостерігає за хворим із гіпсовими пов'язками, має знати, що ушкодженій кінцівці з фіксувальною гіпсовою пов'язкою потрібно надати підняте положення для профілактики здавлювання від набряку, що розвивається. Хворого потрібно докладно поінформувати про можливість здавлювання кінцівки гіпсовою пов'язкою з наростаючим набряком, знати клінічні ознаки цього ускладнення і негайно викликати лікаря. Активні рухи в суглобах, вільних від гіпсової пов'язки, дозволяють хворому тільки після повного висихання пов'язки. Неправильний догляд за гіпсовою пов'язкою може призвести до швидкого руйнування її. Під час гігієнічних процедур (умивання, купання, підмивання) гіпсову пов'язку потрібно добре ізолювати водонепроникними матеріалами (клеювкою, плівкою). Аби пов'язка не забруднювалася, на неї надягають чохол із тканини.

Догляд за хворим після операції на органах черевної порожнини

Після операції на органах черевної порожнини під місцевим знеболюванням хворого потрібно вкласти в ліжко так, щоб надати рані спокійного положення. Якщо хірург не дає спеціальних вказівок, найзручнішим буде положення з піднятим головним кінцем ліжка і трохи зігнутими ногами. Таке положення сприяє розслабленню черевної стінки, забезпечує спокій операційній рані, полегшує дихання і кровообіг.

Догляд за хворим після операції на шлунку. Медична сестра має пам'ятати про можливі тяжкі післяопераційні кровотечі у разі операції на шлунку, причому такий яскравий симптом, як криваве блювання, не завжди є, і кровотеча може бути з переважанням загальних симптомів: блідість шкірних покривів, частий пульс різного наповнення, зниження АТ.

Догляд за хворим з гастростомою. Гастростому — нориця шлунка — найчастіше накладають у разі непрохідності стравоходу (рак, рубцеві звуження внаслідок опіків та ін.). Їжа через стому надходить безпосередньо в шлунок, минаючи ротову порожнину і стравохід.

Медична сестра має стежити за тим, щоб трубка не випала, особливо у найближчі дні після операції, коли ще не сформувався канал. Якщо ж це сталося, не намагатися увести трубку, тому що уведення наосліп може призвести до потрапляння трубки не в шлунок, а у вільну черевну порожнину, що погрожує розвитком перитоніту. Після сформування нориці і зняття швів навчити хворого вводити трубку самостійно. Після кожного споживання їжі обробляти шкіру навколо нориці. Для запобігання подразненню шкіру змащують індиферентними мазями (цинковою, пастою Лассара та ін.).

Догляд за хворим після операції на товстій кишці. Велике значення має правильний режим харчування. Особливо небезпечним є завантаження кишок і спричинення ранньої перистальтики. Годувати хворого суворо за розпорядженням лікаря.

Догляд за хворим із кишковою норицею. При непрохідності кишок для їх спорожнювання часом накладають норицю на кишку — або тимчасову (якщо в майбутньому передбачають провести радикальну операцію для усунення причини непрохідності і наступного закриття нориці), або постійну (якщо пухлина не підлягає видаленню або після її видалення відновити природну прохідність не вдалося). Залежно від місця накладання нориці змінюється і характер виділень із неї: з нориці на тонкій кишці (ентеростома) воно буде рідинним, а на дистальних відділах товстої кишки — мати вигляд оформленого калу (виділення з нориці сліпої кишки — цекостоми — досить рідинне). Хворих із кишковими норицями потрібно часто перев'язувати, щоб запобігти подразненню і запаленню шкіри навколо них. Пов'язку накладають так, щоб під час рухів вона не сповзала. Педантичне дотримання чистоти — обов'язкова умова під час догляду за хворими з кишковими норицями. Після кожного спорожнювання на слизову оболонку кишки протиприродного відхідника, що виступає, добре покласти серветку, змочену вазеліновою олією, зверху — марлеву серветку і вату. Закріплювати пов'язку ліпше бинтами або спеціальними бандажами. Застосовувати клеол, пластир не рекомендують, тому що часта переміна, застосування клейових пов'язок призводять до подразнення шкіри, дерматиту.

Догляд за шкірою навколо кишкової нориці. Мацерація шкіри навколо нориці спричинює у пацієнта болісні відчуття. Основною причиною роз'їдання тканин є дія трипсину — ферменту підшлункової залози, що виділяється з кишковим умістом (найчастіше при тонкокишкових норицях). Тому, щоб захистити шкіру від дії кишкового вмісту, в пасти і мазі додають молочну кислоту, натрію бікарбонат, що сприяє нейтралізації трипсину в разі потрапляння його на шкірний покрив. Для зменшення шкірного покриву і надання йому більшої міцності застосовують 10 % водний розчин таніну, яким змащують ділянки шкіри, уражені дерматитом. Застосовують присипки із сухого таніну, гіпсу, тальку, каоліну, крему "деситин", що сприяють утворенню кірки, яка захищає шкіру від дії ферментів. Потрапляючи на кірку, кишковий уміст стікає з неї (при відкритому методі лікування) або всмоктується пов'язкою, що закриває норицю.

Догляд за кишковою норицею після загоєння операційної рани. Після сформування нориці та загоєння операційної рани для зменшення подразнення шкіри навколо нориці велике значення мають щоденні ванни, що сприяють ліквідації дерматиту.

який часто супроводжує перебіг нориці. Відтепер хворих навчають користуватися калоприймачем. У разі затримання калу може виникнути потреба в клізмі. Медична сестра надягає рукавички, уводить палець спочатку у вищий відділ кишок пацієнта, а потім уводить наконечник і вливає 500—600 мл води або 150—200 мл вазелінової олії, що сприяє відходженню калових мас.

Догляд за хворим після черевних і промежинних операцій. У післяопераційний період особливу увагу потрібно приділити догляду за раною в ділянці промежини. Надмірне промокання кров'ю пов'язки в перші години після операції має викликати тривогу. Якщо загальний стан хворого залишається задовільним (пульс достатнього наповнення, немає різкого зниження АТ) і кровотеча з рани невелика, то за призначенням лікаря цілком достатньо змінити пов'язку. Якщо кровотеча тривала, потрібно переливати кров і кровозамінники. У разі неефективності заходів щодо зупинення кровотечі лікар проводить ревізію рани і перев'язує судину, що кровоточить. Зазвичай тампони видаляють не відразу, а поступово, починаючи з двох і закінчуючи чотирма-п'ятьма упродовж доби після операції. Після видалення тампонів рану в ділянці промежини щодня промивають слабким (блідо-рожевим) розчином калію перманганату, 2 % розчином борної кислоти з додаванням водню пероксиду, розчином риванолу через гумову трубку або катетер, кінець якого має сягати найглибших ділянок дна рани. При цій процедурі хворий має лежати на лівому боці із зігнутими в кульшових і колінних суглобах ногами, притримуючи рукою праву сідницю, цим самим полегшуючи маніпуляції. При значній кількості гнійних нальотів на рановій поверхні перед промиванням доцільно очистити її серветкою, змоченою 3 % розчином водню пероксиду, а після промивання залишити в рані тампон, змочений розчином фурациліну 1:1000. Застосування тампонів із маззю Вишневського або метилурациловою маззю менш бажане, тому що може призвести до затримки виділень. Окрім наведеної вище обробки, піхву потрібно промити якимось антисептичним розчином (риванолу 1:500 і т. д.), тому що секрет, який там зібрався, може стати джерелом інфекції. Завершується перев'язка рани обробкою її країв 3—5 % спиртовим розчином йоду і накладанням Т-подібної пов'язки. Через 12—15 днів після операції за відсутності ускладнень хворому дозволяють вставати. Якщо рана чиста, у цей період хворий має 1—2 рази на день робити ванночки з калію перманганатом (аж до виписки зі стаціонару). При екстирпації прямої кишки і черевно-відхідниковій резекції в пресакральному (передкрижовому) просторі залишають гумовий дренаж. Його видаляють тільки після повного припинення виділень. При цьому перевагу надають пізнішому поступовому видаленню дренажної трубки з пресакрального простору, тому що раннє його видалення одночасно з гумовим дренажем може призвести до злипання вузького ранового каналу, що спричинить утворення гнояка. Перше підтягування трубки на 1—2 см після передньої резекції прямої кишки виконують на 3—4-й день після операції. Повністю трубку видаляють на 10—11-й день після операції. Після екстирпації прямої кишки дренажну трубку видаляють на 4—6-у добу після операції. Звичайний дренаж регулярно промивають розчином фурациліну. При цьому варто враховувати, що відсутність виділень із дренажу може бути зумовлена як закупорюванням його згустками крові, так і відсутністю ексудату. За відсутності ексудату промивати дренажну трубку недоцільно, тому що це сприяє занесенню інфекції через дренаж. Якщо температура тіла хворого не висока, загальний стан задовільний, то за відсутності виділень потреба у промиванні дренажу відпадає. В іншому разі дренаж промити антисептичним розчином (фу-

рациліну тощо) через гумову трубку меншого діаметра, яку вводять у дренажну трубку, і за допомогою шприца проводять промивання. Шкіру навколо дренажу змащують 3—5 % спиртовим розчином йоду. Післяопераційний період може ускладнюватися нагноєнням рани промежини. При відкритому методі ведення рани розпізнати нагноєння не складно. Якщо рана зашита наглухо, можливе утворення сліпих кишень, які не дрениються, заповнення їх ексудатом, що є гарним поживним середовищем для мікрофлори. Під час лікування цього ускладнення потрібно широко дрениувати порожнину гнояка, промивати її антисептичними розчинами з антибіотиками, а також проводити загальні заходи для підвищення реактивності організму.

Кукса низведеної кишки при сфінктерозбережних операціях особливого догляду не потребує. Потрібно лише обробляти її 3 % розчином водню пероксиду. Через 2—3 дні після операції лікар видаляє тампон із маззю Вишневського, уведений у ході операції. Потрібно відзначити, що передопераційне опромінення рани знижує опірність тканин інфекції, що призводить до раннього і масивного післяопераційного заселення промежини мікроорганізмами і підвищенню частоти гнійних ускладнень. Рани, що гояться і мають некротичні нальоти, тривалий час погано пахнуть, різко болячі, причому біль посилюється вночі. Для лікування їх застосовують антибіотики, що їх призначають залежно від чутливості до них мікрофлори ран, протеолітичні ферменти. Уже через 2 доби після застосування протеолітичних ферментів збільшується кількість гнійних виділень із рани, протягом 6—9 днів вона повністю очищується від некротичних мас і гною, у ній з'являються рожеві грануляції, зменшується біль. Після повного очищення рани промежини для прискорення загоєння на неї можна накладати вторинні шви.

Догляд за хворим з колостою і двоствольним відхідником. Насамперед потрібно надійно ізолювати колостому від черевної рани (заклеїти черевну рану не тільки чистою марлевою серветкою, але й целофановою плівкою).

При плоскій колостомі на її ділянку в післяопераційний період накладають пов'язку із синтоміциновою або якоюсь іншою маззю. У разі почервоніння країв шкіри їх змащують міцним розчином калію перманганату. Надалі догляд полягає в накладанні серветок із вазеліном і за потреби заміні їх. Згодом носити калоприймач вважається не тільки не обов'язковим, але й небажаним, тому що це призводить до злипання і випадання слизової оболонки виведеної кишки. Перевагу надають носінню паска ліворуч у вигляді клейончастого начеревника, куди вставляють пластмасове кільце, що відповідає колостомі, а поверх кільця підшивають гумовий клапан, що пристібується до пояса ремінцями. Під цей клапан кладуть невелику марлеву пов'язку, що прикриває колостому. Пов'язку придавлюють клапаном шляхом застібання ремінців. За потреби ремінці відстібують, проводять туалет і змінюють пов'язку.

Двоствольний відхідник лікар зазвичай розкриває наступного дня після операції. Кровотечу, що виникає, зупиняють 3 % розчином водню пероксиду. У разі не ефективності цього методу, судину, що кровоточить, перев'язують. Надалі застосовують методи догляду, що й при плоскій колостомі.

Велике значення має догляд за хворими з двоствольним відхідником, накладеним для вилучення функції дистальної ділянки кишки. Дистальну ділянку кишки промивають, звільнюючи її від застійних калових мас. Для цього під хворого підкладають гумове надувне судно, у дистальний кінець кишки вводять гумову трубку, попередньо змастивши її вазеліновою олією, на невелику глибину і промивають його слабким розчином калію перманганату до чистої води.

Обробка післяопераційної рани полягає у щоденному змащуванні її 3—5 % спиртовим розчином йоду. У післяопераційний період рана може нагноїтися (з'являються ознаки запалення, інфільтрація тканин навколо рани, біль, підвищується температура тіла). Діагностичне зондування рани проводять гудзиком з зондом. З появою гною шви знімають, рану промивають антисептичним розчином. Надалі рану щодня перев'язують із накладанням стерильних серветок, змочених гіпертонічним (10 %) розчином натрію хлориду з антибіотиками.

Трапляється, що під час операції в черевній порожнині залишають дренажі. Потрібно стежити за прохідністю їх і систематично промивати. За відсутності виділень дренажі видаляють на 3—4-й день після операції.

З появою ускладнень у післяопераційний період (нездатність анастомозу, утворення тонкокишкових нориць) на шкіру може потрапити кишковий уміст, що спричинює мацерацию та uszkodження шкіри. Для запобігання цьому прилеглі ділянки шкіри захищають товстим шаром пасти Лассара.

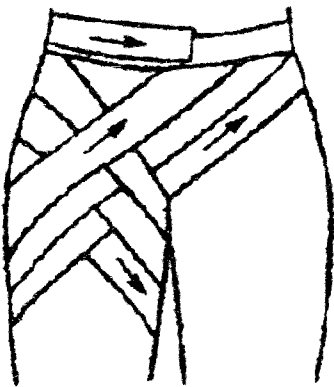
У разі тривалого перебування хворого у вимушеному положенні можуть розвинути пролежні, піодермія. Для профілактики їх шкіру крижів, лопаток систематично протирають камфорним спиртом, при пролежнях, що все-таки з'явилися, застосовують розчин калію перманганату, метилурацилову мазь, мазь "Іруксол".

Типові бинтові пов'язки на живіт, промежину, кінцівки

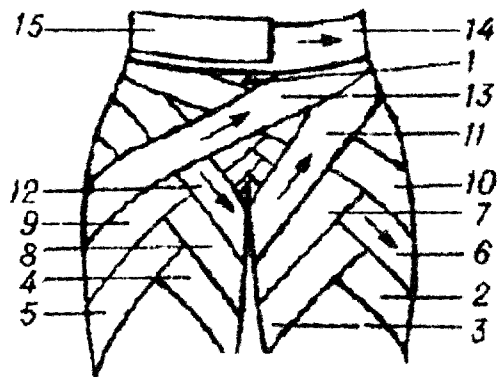
На верхню ділянку живота можна накласти просту спіральну пов'язку, бинтуючи знизу вгору; пов'язку на нижню ділянку живота потрібно закріплювати на стегнах.

Колосоподібна пов'язка на передню поверхню стегна (мал. 69)

Колосоподібна пов'язка закриває нижню частину живота, верхню частину стегна, ділянку сідниці, зовнішню поверхню верхньої третини стегна й таза і пахову ділянку.



Мал. 69. Колосоподібна пов'язка на передню поверхню стегна



Мал. 70. Колосоподібна пов'язка на обидва стегна

Коловим туром закріплюють бинт навколо живота, ведуть бинт іззаду наперед по бічній і передній поверхні стегна, обводять стегно позаду й у паховій ділянці перетинають ним попередній тур. Піднімаючи бинт по передній поверхні таза, обводять ним тулуб іззаду і ведуть знову в пахову ділянку, повторюючи другий і четвертий тури. Пов'язку закріплюють коловими турами навколо живота. Перехреснен-ня турів має бути на одній лінії, при цьому тури бинта утворюють малюнок колоска.

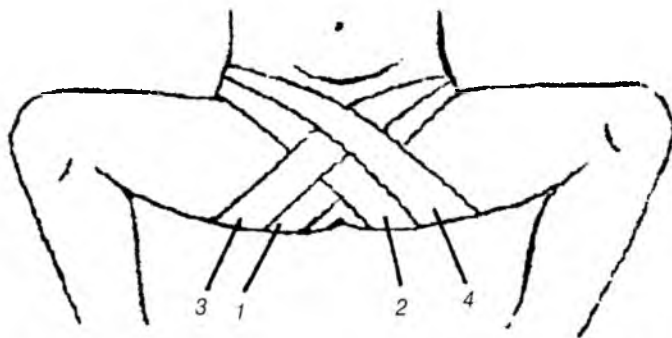
Колосоподібна пов'язка на обидва стегна (мал. 70)

Колосоподібна пов'язка на обидва стегна починається коловим туром навколо живота.

Бинт ведуть по передній поверхні живота через ліве стегно (2), потім виконують перші тури колосоподібної пов'язки лівого стегна (3). Обійшовши тулуб, виконують кілька турів колосоподібної пов'язки правого стегна (4 і 5), повертаються на ліве стегно (6 і 7), потім — на праве (8 і 9) і т. д. Пов'язку закріплюють коловими турами навколо живота (14 і 15).

Вісімкоподібна пов'язка на промежину (мал. 71)

Якщо потрібно накладати пов'язку на промежину, виконання може бути таким, як на мал. 70, але спочатку треба зробити декілька вісімкоподібних перехресних турів на промежині (1, 2, 3 і 4) навколо верхніх ділянок стегон.



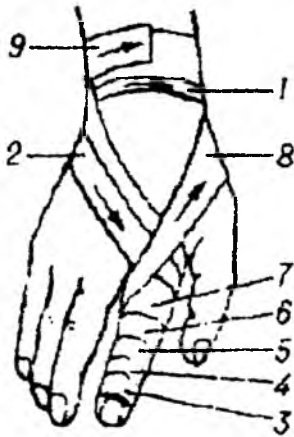
Мал. 71. Накладання вісімкоподібної пов'язки на промежину

Пов'язки на верхню кінцівку

Спіральна пов'язка на вказівний палець (мал. 72)

Накладання спіральної пов'язки на вказівний палець починають із колових турів у зап'ястковій ділянці.

Потім бинт ведуть косо через тильну ділянку кисті (2) до кінця хворого пальця, а звідти спіральними поворотами бинтують увесь палець (3—7), далі бинт ведуть через тильну ділянку кисті (8) на зап'ясткову ділянку і закріплюють його (9). Якщо потрібно бинтувати кінець пальця, накладають поворотну пов'язку (мал. 73).



Мал. 72. Спіральна пов'язка на вказівний палець



Мал. 73. Накладання поворотної пов'язки на палець

**Спіральна пов'язка на всі пальці кисті
(мал. 74)**

Спіральна пов'язка на всі пальці кисті має вигляд рукавички.

Перев'язувати пальці лівої руки починають із мізинця, правої — з великого пальця.

**Вісімкаподібна пов'язка на великий палець кисті
(мал. 75)**

Вісімкаподібну пов'язку на великий палець виконують по типу колосоподібної.



Мал. 74. Спіральна пов'язка на всі пальці кисті



Мал. 75. Вісімкаподібна пов'язка на великий палець кисті

Бинт закріплюють коловим туром на зап'ястковій ділянці (1), далі ведуть через тильну ділянку кисті до верхівки пальця (2), звідти, спіралеподібно огортаючи палець (3), на тильну, а потім на долонну поверхню зап'ястка, потім знову до кінця пальця і т.д., піднімаючись до основи пальця і накладаючи всі тури, подібно до попередніх турів. Пов'язку закріплюють на зап'ястку.

Вісімкоподібна пов'язка на кисть (мал. 76)

Кисть бинтують зазвичай по типу вісімкоподібної пов'язки.

Пов'язку починають накладати коловим туром на зап'ястку (1). По тильній ділянці кисті бинт накладають косо (2), далі переходять на долоню, закріплюють його коловим туром (3) і косо по тилу кисті повертаються на зап'ясток (4), перекриваючи другий тур. Другий і четвертий тури повторюють (5 і 6). Закріплюють пов'язку на зап'ястку (7).

Поворотна пов'язка на кисть (мал. 77)

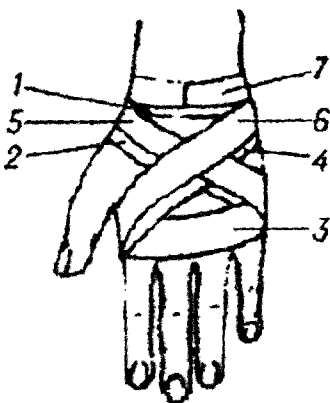
Кисть разом із пальцями бинтують поворотною пов'язкою.

Накладання пов'язки починають двома коловими турами в ділянці променево-зап'ясткового суглоба (1), потім бинт спускають уздовж кисті (2) і пальців по долонній поверхні, огинаючи кінці пальців, повертаються на тильну ділянку кисті (3, 4 і 5) і, повертаючи бинт (6), накладають коловий тур навколо кисті (7). Знову повертаючи бинт, ведуть його по долонній поверхні кисті й пальців і, огинаючи кінці пальців, знову ведуть нагору й закріплюють коловим туром навколо кисті. Остаточну пов'язку закріплюють навколо кисті коловим туром.

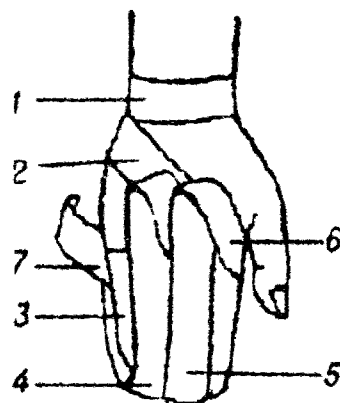
Пов'язка на передпліччя і лікоть (мал. 78)

Пов'язку на передпліччя накладають по типу спіральної зі згинами.

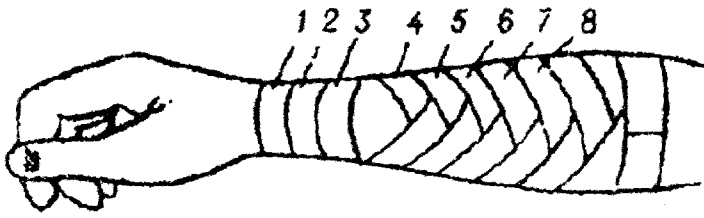
Накладати пов'язку на передпліччя починають із двох-трьох колових турів, а далі тури бинта накладають більш косо, ніж це потрібно для спіральної пов'язки.



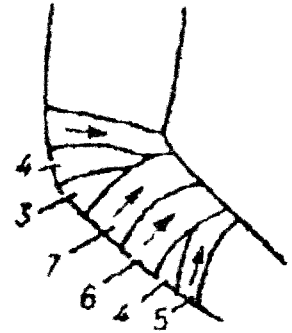
Мал. 76. Вісімкоподібна пов'язка на кисть



Мал. 77. Накладання поворотної пов'язки на кисть



Мал. 78. Перев'язка на передпліччя типу спіральної зі згинами



Мал. 79. Пов'язка на лікоть типу черепашачої (тури 1 і 2 — під пов'язкою)

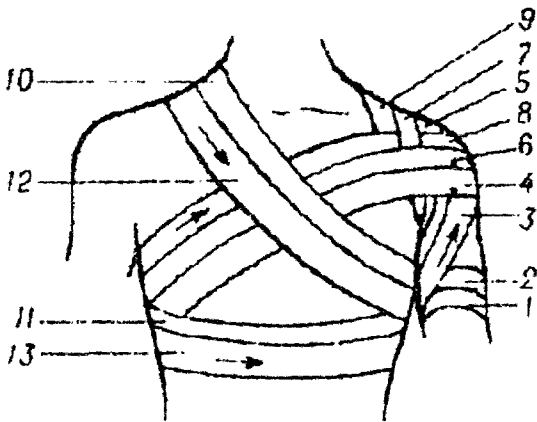
Великим пальцем лівої руки притримують нижній край бинта, трохи розгортають його головку і загинають бинт до себе так, щоб верхній край став нижнім і навпаки. Загинати бинт потрібно на одному боці по одній лінії.

Пов'язку на ліктьовий суглоб накладають типу черепашачої. При цьому лікоть зігнутий під кутом (мал. 79).

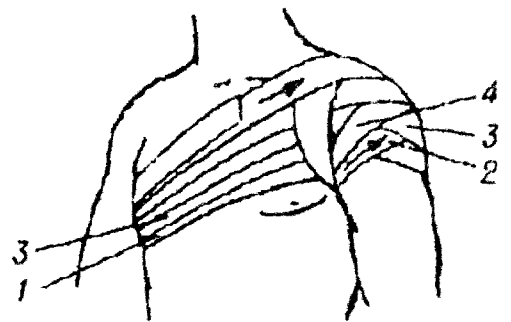
Колосоподібна пов'язка на ділянці плечового суглоба (мал. 80)

Бинт ведуть через здорову пахвову ямку по передній ділянці грудної клітки (мал. 80) (1), далі на плече; пройшовши його передню, зовнішню і задню поверхні, уводять бинт у пахвову ямку позаду з боку спини, потім через передню й бічну поверхні плеча (2), де цей тур перетинається з попереднім.

Далі бинт ведуть по спині в напрямку пахвової ямки здорового боку. Звідси починають повторювати перший тур (3), трохи вище — другий (4) і т.д.



Мал. 80. Накладання колосоподібної пов'язки на ділянку плечового суглоба



Мал. 81. Пов'язка на пахвову ділянку

Пов'язка на пахову ділянку (мал. 81)

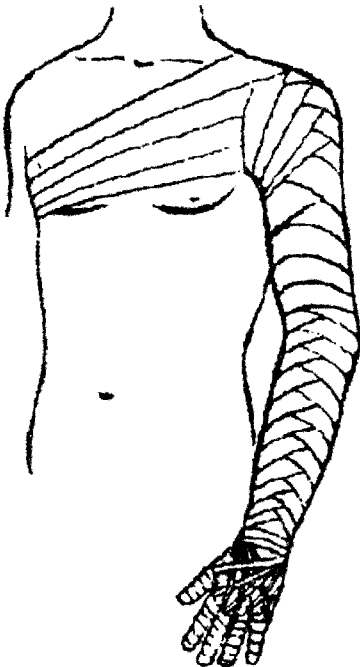
Поклавши перев'язувальний матеріал у пахову ділянку, прикривають його шаром вати, причому вата переходить за її межі, і частково прикривають верхню ділянку грудної стінки з боків і внутрішню поверхню плеча у верхньому відділі. Тільки закріпивши цей шар вати, пов'язку вдається зробити більш міцною. Накладати пов'язку починають у нижній третині плеча (1—2) двома коловими турами, потім роблять декілька турів колосоподібної пов'язки (3—9) і ведуть косий тур по спині та грудях через надпліччя здорового боку у хвору пахову ділянку (10 і 12). Потім накладають коловий тур, що охоплює грудну клітку та утримує вату (11 і 13). Останні два тури, накладені на грудній клітці, — косий і коловий — чергуються декілька разів. Пов'язку закріплюють декількома турами колосоподібної пов'язки плеча.

Пов'язка на всю руку (мал. 82)

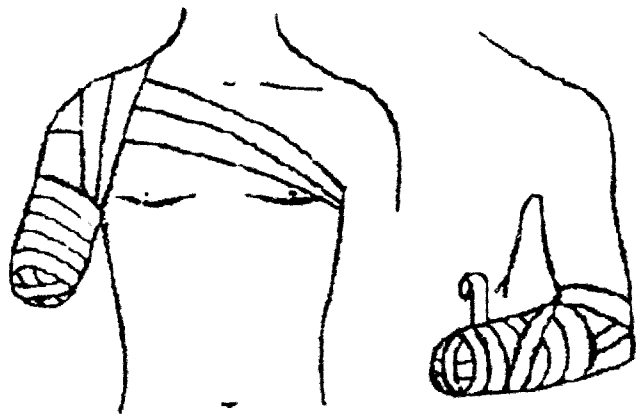
Накладання пов'язки на всю руку починають у вигляді рукавички на пальці і продовжують спіральною пов'язкою зі згинами до плеча, далі переходять на просту спіральну пов'язку і закінчують колосоподібною.

Пов'язка на куксу верхньої кінцівки (мал. 83)

При ампутації плечової кістки пов'язку на куксу накладають по типу колосоподібної і на плечовий суглоб із поворотними турами бинта через куксу. Закріплюють пов'язку спіральними турами на плечі.



Мал. 82. Пов'язка на всю руку



Мал. 83. Накладання пов'язки на куксу плечової кістки (типу колосоподібної) і передпліччя

Після ампутації передпліччя пов'язку накладають коловим туром у нижній третині плечової кістки, потім бинт спускають уздовж передпліччя через куку, повертається вгору й закріплюють коловими турами на передпліччі.

Пов'язки на нижню кінцівку

Спиральна пов'язка на великий палець (мал. 84)

Великий палець зазвичай бинтують окремо, причому так само, як і на руці; закріплюють її у ділянці кісточок, решту пальців бинтують разом з усією стопою.

Вісімкоподібна пов'язка на стопу (мал. 85)

Щоб забинтувати ділянку над'яtkового суглоба, можна користуватися вісімкоподібною пов'язкою.

Накладають вісімкоподібну пов'язку коловим туром вище від кісточок (1), спускаючись косо через тильну ділянку стопи (2); потім роблять тур навколо стопи (3); піднімаючись угору на тильну ділянку гомілки (4), перекривають другий тур бинта. Такими вісімкоподібними турами бинта закривають усю тильну ділянку стопи (5 і 6) і закріплюють його коловими турами навколо кісточок (7 і 8).

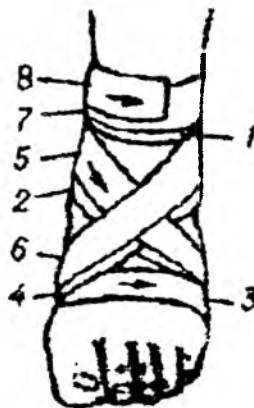
Пов'язка на стопу (без бинтування пальців; мал. 86)

Бинт ведуть від п'яти уздовж стопи (1) до основи пальців.

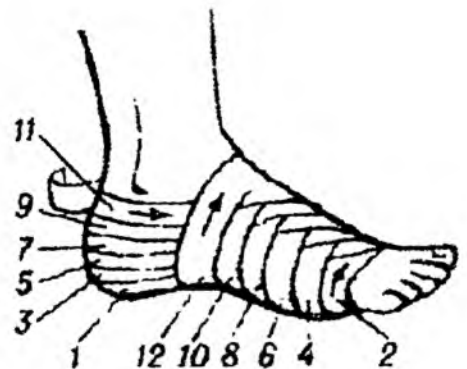
Виконують бинтовий тур навколо стопи; ідучи спочатку по тильній ділянці, потім, загортаючи бинт на підошву, піднімаються знову на тильну ділянку (2) і перекривають попередній тур. Після цього бинт ведуть по іншому краю стопи до



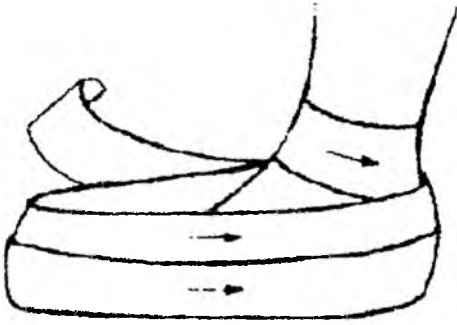
Мал. 84. Спиральна пов'язка на великий палець



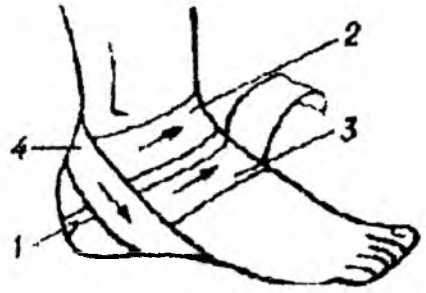
Мал. 85. Вісімкоподібна пов'язка на стопу



Мал. 86. Накладання пов'язки на стопу (без бинтування пальців)



Мал. 87. Накладання поворотної пов'язки на стопу



Мал. 88. Накладання пов'язки на ділянку п'яти (типу черепащачої)

п'яти, обходять її ззаду і повторюють тури, подібні до першого і другого. Кожний новий тур у ділянці п'яти розташовують вище від попереднього, перетини роблять усе ближче до надп'яtkового суглоба (11, 12).

Поворотна пов'язка на стопу (мал. 87)

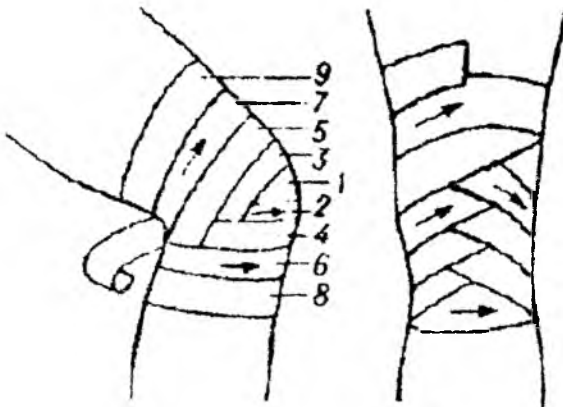
Якщо потрібно забинтувати всю стопу, включаючи й пальці, то, зробивши коловий тур (мал. 87) у ділянці кісточок, накладати пов'язку продовжують поздовжніми турами від п'яти до великого пальця по бічному краю стопи.

Ці тури мають бути накладені зовсім слабко, без натягування. Зробивши кілька турів, повторюють попередню пов'язку.

Пов'язка на ділянку п'яти (мал. 88)

На ділянку п'яти можна накласти пов'язку типу розбіжної черепащачої.

Пов'язку починають накладати коловим туром із ділянки, що найбільше виступає, потім накладають тури вище (2) і нижче (3) від першого. Ці тури бажано закріпити косим туром збоку, що йде іззаду наперед і під підошву (4), щоб потім продовжити тури бинта вище й нижче від попередніх.



Черепащача пов'язка на коліно (мал. 89)

Черепащачу пов'язку накладають при напівзігнутому колінному суглобі.

Починають накладання із колового тура через найбільше випуклу

Мал. 89. Накладання черепащачої пов'язки на ділянку колінного суглоба: ліворуч — при напівзігнутому колінному суглобі й вісіmkо-подібна пов'язка; праворуч — при розігнутому колінному суглобі

частину наколінка (1), потім почергово накладають подібні тури попереду нижче (2, 4, 6 і 8) і вище (3, 5, 7 і 9) попереднього і позаду, майже прикриваючи попередній тур. При розігнутому положенні коліна пов'язку накладають типу вісімкоподібної, виконуючи колові тури вище і нижче від колінного суглоба та косі з перетинанням у підколінній ямці. На голілку пов'язку накладають типу звичайної спіральної зі згинами.

Пов'язка на ділянку стегна

На ділянку стегна накладають спіральну пов'язку зі згинами, закріплюючи її у верхній третині до таза турами колосоподібної пов'язки.

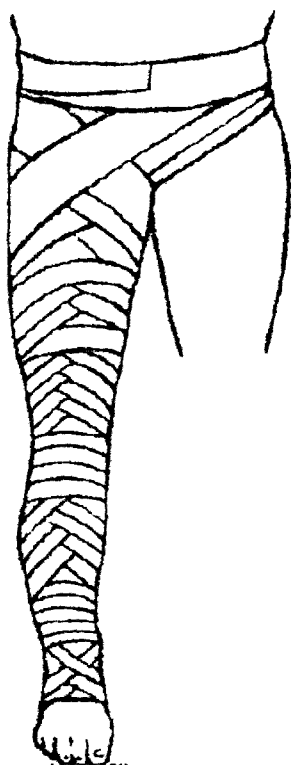
Пов'язка на всю нижню кінцівку (мал. 90)

Пов'язка на всю нижню кінцівку складається з комбінації описаних вище пов'язок.

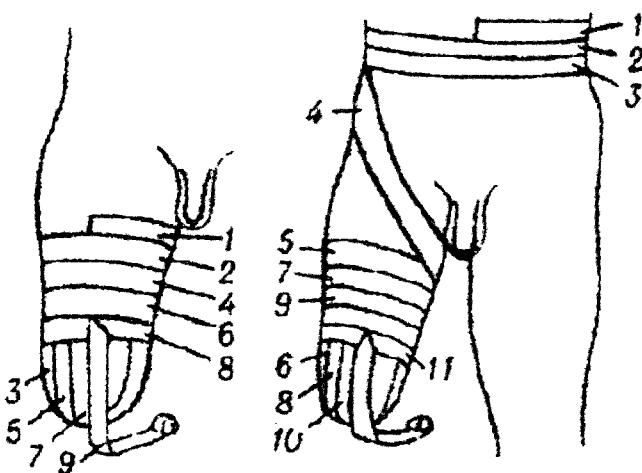
Пов'язка на куску нижньої кінцівки (мал. 91)

Пов'язку на куску нижньої кінцівки накладають типу поворотної.

Для міцності її закріплюють вище від прилеглого суглоба. Наприклад, при ампутації стегна накладають колосоподібну пов'язку, що захоплює пахову ділянку, при ампутації голілки пов'язку фіксують вище від колінного суглоба і т. д.



Мал. 90. Пов'язка на всю нижню кінцівку



Мал. 91. Накладання пов'язок на куску стегна типу поворотної

Підготовка гіпсових бинтів, лонгет, накладання і знімання

Найпоширенішою формою пов'язок є гіпсова пов'язка, за допомогою якої властєтся добре зафіксувати уламки кісток при переломах унаслідок швидкого за-твердіння гіпсу.

Гіпс ($\text{CaSO}_4 \times 2\text{H}_2\text{O}$) є поширеним у природі мінералом. Для гіпсових пов'язок використовують прожарений гіпс (унаслідок прожарювання він втрачає частину кристалізаційної води). Після змочування гіпс вступає в реакцію з водою, утворюючи хімічну сполуку, і протягом декількох хвилин перетворюється на тверду масу. Медичний гіпс — це білий порошок, без грудочок, м'який на дотик. Якщо в ньому трапляються грудочки, його потрібно просіяти через решето. Зберігати гіпс потрібно в сухому місці, оскільки він легко всмоктує вологу. Якщо гіпс відсирів, його слід просушити — висипати на залізний листок нетовстим шаром і поставити в жарову шафу температури 120 °С на декілька хвилин.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ГІПСОВИХ ПОВ'ЯЗОК

- іммобілізація переломів;
- іммобілізація патологічно змінених кісток і суглобів;
- корекція деформацій;
- профілактика деформацій;
- невідкладне гіпсування;
- виготовлення форм і зліпків окремих частин тіла для протезування;
- іммобілізація як метод лікування опіків і розм'якшення м'яких тканин при відсутності переломів.

Перед накладанням гіпсової пов'язки потрібно перевірити якість гіпсу.

ПРОБИ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ГІПСУ

1. Гіпс і воду у співвідношенні 1:1 змішують і формують кульку; через 7—10 хв вона має затвердіти і не розбиватися при падінні з висоти.

2. Готують гіпсову кашку із суміші гіпсу з водою консистенції рідинної сметани, яку накладають на блюдечко тонким шаром — доброякісний гіпс твердіє через 5—6 хв; у разі натиснення пальцем на застиглу масу вона не повинна роздавлюватися і на її поверхні не повинна виступати волога.

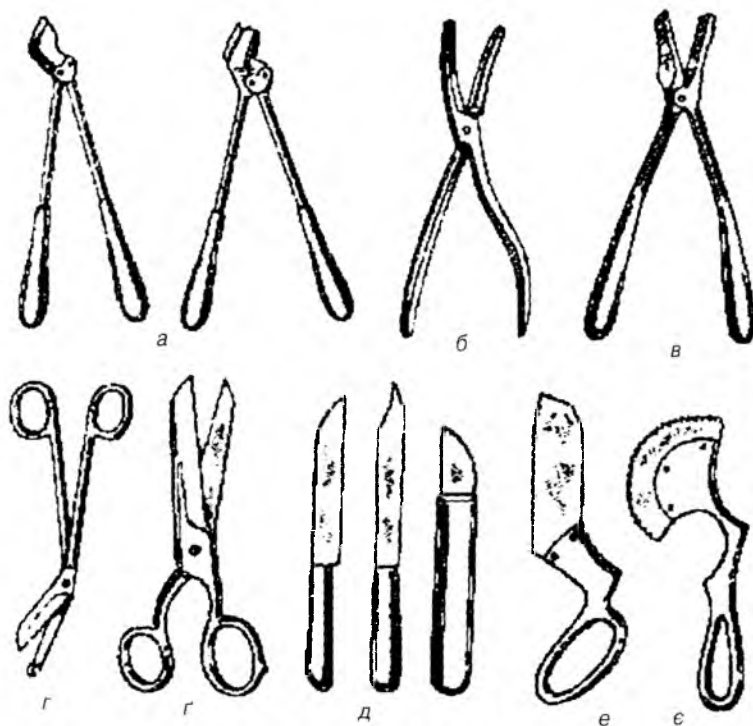
3. На кисть чи передпліччя накладають лонгету, виготовлену із 2—3 шарів на-гіпсованого і змоченого водою бинта — доброякісний гіпс твердіє через 5—7 хв, і при знятті з руки така шина не кришиться, зберігаючи надану їй форму.

4. Гіпс насипають у металевий посуд і підігривають на електричній печі. Над гіпсом тримають дзеркальце. Якщо дзеркальце запітніло — із гіпсу виділяється вода пара. Такий гіпс непридатний для використання, бо містить вологу.

5. Невелику кількість гіпсу змішати з водою і визначити його запах. Якщо гіпс має запах тухлих яєць — він виділяє сірководень і для використання непридатний.

6. При стисканні гіпсового порошку в кулаці він має вільно проходити між пальцями, а при розтискуванні кулака на долоні має залишитися незначна кількість гіпсу. Такий гіпс вважається придатним до використання.

У разі намочування гіпсу гарячою водою він твердіє швидше, холодною — повільніше. Для змочування гіпсових бинтів зазвичай використовують воду температури 30—35 °С.



Мал. 92. Інструментарій для гіпсування:

а — ножиці Штилле; б — щипці для відгинання країв гіпсових пов'язок; в — щипці для розведення країв гіпсових пов'язок; г — ножиці Купера; г' — ножиці для розрізання марлі; д — ножі для гіпсових робіт; е, е' — пилки для розрізання гіпсових пов'язок

УСТАТКУВАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТАРІЙ

- Гіпсовий порошок (або фабричний гіпсовий бинт).
- Марлеві бинти.
- Ємкість для бинтів.
- Ємкість для води (миска).
- Плоский лоток.
- Вода.
- Гіпсувальний стіл.
- Вата.
- Інструментарій для роботи з гіпсом (ніж, ножиці, пилка для розрізання гіпсових пов'язок, щипці для відгинання країв гіпсової пов'язки та ін. — мал. 92).
- Захисний одяг (клеяночасті фартухи і наруківники, гумові рукавички).

ОСНОВНІ ВИМОГИ ДО ГІПСОВИХ ПОВ'ЯЗОК

- Гіпсову пов'язку потрібно накладати так, щоб захопити два суглоби, які пов'язані із поламанною кісткою.
- Матеріал для гіпсової пов'язки має перебувати у воді доти, доки з нього виділяються бульбашки.

- Однотипні тури гіпсового бинта потрібно накладати так, щоб кожен наступний тур перекривав наполовину попередній.
- Накладання гіпсової пов'язки має тривати не довше 10—15 хв.
- Після формування гіпсової пов'язки безпосередньо на ній написати дату травми, дату накладання гіпсової пов'язки і передбачуваний день її зняття, схему перелому.

Пов'язка висихає повністю через 36—72 год.

ВИГОТОВЛЕННЯ ГІПСОВОГО БИНТА

На стіл насипають гіпс, кінець бинта беруть однією рукою, а другою розгортають бинт на довжину 30—40 см. На розгорнуту частину бинта рівномірно насипають гіпс, розгладжують його і втирають у бинт ребром лівої долоні. Просякнену гіпсом частину бинта нещільно згортають обома руками у валик і відсовують, розкручуючи бинт ще на 30—40 см. Знову втирають гіпс і скручують цю частину бинта. Так продовжують доти, доки не закінчать втирати гіпс у бинт. Виготовлений гіпсовий бинт кладуть у суху ємність.

НАКЛАДАННЯ ГІПСОВОЇ ЛОНГЕТИ

Якщо пов'язку накладають із підкладкою, кінцівку повністю обкладають тонким рівномірним шаром вати. Якщо пов'язку накладають без підкладки, на місця кісткових виступів накладають ватні подушечки, а волосисту частину змащують вазеліном.

За допомогою марлевої смужки (з бинта) на здоровій кінцівці відмірюють довжину ділянки, на яку накладатиметься гіпсова лонгета, смужку залишають на робочій поверхні. На поверхні столу розгортають фабричний гіпсовий бинт (або саморобний пухко згорнений гіпсовий бинт) на довжину, виміряну марлевою смужкою. Накладають 6—8 шарів, регулюючи ширину гіпсової смужки. Спочують гіпсову смужку нещільно з кінців до середини. Тримавши гіпсову смужку з двох боків обома руками, занурюють її у таз з водою і тримають доти, доки не припиниться виділення пухирців повітря. Після того, як бинт повністю просякне водою, його, тримавши обома руками за кінці, виймають із води і легким надавлюванням до середини відтискують. Відтиснутий гіпсовий бинт кладуть на робочу поверхню столу, розгортають головки і кілька разів розгладжують правою рукою, щоб утворилася гладенька, однакової товщини поверхня. Підготовлену гіпсову лонгету беруть за кінці, прикладають до іммобілізованої поверхні, надають кінцівці фізіологічного положення і розгладжують зовнішню поверхню гіпсової пов'язки. Краї згладжують, загинають назовні і формують їх округлими. Після висихання гіпсову пов'язку прибинтовують марлевым бинтом.

НАКЛАДАННЯ ГІПСОВОЇ ЛОНГЕТИ ІЗ САМОРОБНОЇ ГІПСОВОЇ ЗАГОТОВКИ

За допомогою марлевої смужки (з бинта) на здоровій кінцівці відмірюють довжину ділянки, на яку накладатиметься гіпсова лонгета, смужку залишають на робочій поверхні. На поверхні столу розгортають марлевий бинт на довжину, виміряну смужкою бинта. Цей відрізок бинта пересипають гіпсовим порошком, розрівнюють і втирають у бинт ребром лівої долоні. Зверху кладуть наступний шар марлевого бинта, який так само пересипають гіпсом. При цьому регулюють ширину лонгети.

Лонгети формують із 5—12 шарів бинта, просякненого гіпсом. Виготовлену заготовку лонгети складають нещільно з кінців досередини. Беруть гіпсову заготовку з двох боків обома руками за кінці, занурюють її в таз з водою. Бинт тримають у воді доти, доки не припиниться виділення пухирців повітря. Після того, як бинт повністю просякне водою, його обома руками виймають із води і легким надавлюванням досередини відтискують. Відтиснутий гіпсовий бинт кладуть на робочу поверхню столу, розгортають головки і кілька разів розгладжують правою рукою, щоб утворилася гладенька, однакової товщини поверхня. Підготовлену гіпсову лонгету беруть за кінці, прикладають до іммобілізованої частини. Кінцівці надають фізіологічного положення. Розгладжують зовнішню поверхню гіпсової пов'язки. Краї заглажують, загинають назовні і роблять їх округлими. Гіпсову пов'язку прибинтовують марлевым бинтом.

НАКЛАДАННЯ ЦИРКУЛЯРНОЇ ГІПСОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ

Після виймання бинта з води вільний його кінець беруть лівою рукою, а головку — правою і починають бинтувати. Під час бинтування правою рукою розгортають бинт, а лівою — розгладжують його. Кожний наступний тур слід накладати на попередній на 2/3. У тих місцях, де утворюються випинання, їх підрізують ножицями, притискують до поверхні, яку бинтують, і пригладжують. Усі шари накладеного бинта мають утворити одне ціле, пов'язка має чітко відповідати конфігурації цієї поверхні. Під час бинтування кінцівки їй надають фізіологічного положення. Накладаючи циркулярну гіпсову пов'язку, кінчики пальців залишають відкритими, щоб спостерігати за станом кінцівки. Гіпсову пов'язку прибинтовують марлевым бинтом.

ЗНІМАННЯ ГІПСОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ

Знімають гіпсову пов'язку спеціальним інструментарієм: ножиці для гіпсу, електропилка, кусачки Вольфа, розширювач. У процесі зняття гіпсової пов'язки іммобілізована частина тіла має залишатися нерухомою. Гіпс знімають поступово за допомогою самого хворого.

Особливості догляду за хворими з переломами

Хворі з тяжкими переломами, яким накладено великі гіпсові пов'язки, потребують спеціального догляду одразу ж після закінчення накладання пов'язки. Хворі з кокситною або гонітною пов'язкою неспроможні самостійно пересуватися. Після закінчення гіпсових робіт хворого потрібно зняти зі столу, на каталжі доставити до ліжка. Перекладати такого хворого в ліжко потрібно за допомогою 3—4 осіб. Вони розташовуються по один бік від хворого так, щоб одна утримувала голову і плечі, дві — таз і таз, одна — ноги. Піднімати і опускати хворого потрібно по команді одночасно, щоб уникнути ушкодження пов'язки. Ліжко для хворого має бути заздалегідь підготовленим. Під матрац кладуть дерев'яний щит, оскільки прогинання звичайного ліжка під масою тіла хворого в гіпсовій пов'язці може призвести до її ушкодження. Протягом перших 2—3 діб не рекомендується накривати пов'язку ковдрою, оскільки це перешкоджає швидкому висиханню гіпсу.

Середній і молодший медичний персонал під час догляду за хворими з гіпсовими пов'язками має пам'ятати, що хворого потрібно кілька разів на день перевертати

зі спини на живіт, піднімати головний кінець ліжка. Ці заходи є доброю профілактикою застійної пневмонії.

Підкладаючи судно, хворого слід обережно припідняти. Змінюючи постільну білизну, стежити, щоб простирадло було без складок, бо це може бути причиною утворення пролежнів.

Усі хворі, в тому числі й з великими гіпсовими пов'язками, мають приймати гігієнічну ванну не рідше, ніж один раз на 10 днів. Для цього молодша медична сестра транспортує хворого у ванну кімнату, там його вкладають на шит. Гіпсову пов'язку ретельно ізолюють від води і обмивають усі ділянки тіла, не закриті гіпсовою пов'язкою. Перекладати хворого з шита на каталку і з каталки на ліжко потрібно з дотриманням усіх наведених вище правил, щоб запобігти ушкодженню навіть затверділої гіпсової пов'язки.

АНТИСЕПТИКА. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ГНІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

У XIX ст. хірурги були безсилі перед інфекційними ускладненнями. Стан хірургії тих часів дуже точно охарактеризував великий російський хірург М.О. Вельямінов після відвідання однієї з великих московських клінік: “*Бачив блискучі операції і... царство смерті*”. Так тривало доти, доки наприкінці XIX ст. у хірургії не набуло поширення вчення про асептику й антисептику. У його виникненні виокремилося п’ять етапів: 1-й — емпіричний період; 2-й — долістерівська антисептика XIX ст.; 3-й — антисептика Лістера; 4-й — виникнення асептики; 5-й — сучасна асептика й антисептика.

Емпіричний період

Перші, як ми тепер називаємо, “антисептичні методи” можна віднайти в наукових працях лікарів ще стародавніх часів. Ось деякі з них: давні хірурги вважали обов’язковим видалення стороннього тіла з рани. У законах Мойсея заборонялося торкатися рани руками; Гіппократ сповідував принцип чистих рук лікаря, стверджував про необхідність коротко обрізати нігті, для обробки ран застосовував дощову воду, вино, збривав волосяний покрив з операційного поля; наполягав на чистоті перев’язувального матеріалу. Цілеспрямовані, обдумані дії хірургів, спрямовані на запобігання гнійним ускладненням, розпочалися значно пізніше — лише в середині XIX ст.

Долістерівська антисептика XIX ст.

У 1847 р. угорський акушер Ігнац Земмельвейс припустив можливість розвитку післяпологової гарячки в жінок унаслідок занесення трупної отрути студентами і лікарями під час вагінального дослідження (студенти і лікарі займалися також в анатомічному театрі). І. Земмельвейс запропонував перед внутрішніми дослідженнями обробляти руки хлорним вапном і домогся феноменальних наслідків. Післяпологова смертність від сепсису знизилася з 18,3 до 1,3 %. Проте І. Земмельвейса не підтримали, а переслідування і приниження призвели до того, що акушера було поміщено в психіатричну лікарню, а пізніше він помер від сепсису внаслідок панарицію.

Ще в 1844 р. М.І. Пирогов писав: “Недалеко той час, коли ретельне вивчення травматичних і госпітальних міазм дасть хірургії інший напрям”. М.І. Пирогов шанобливо поставився до праць І. Земмельвейса і сам, ще до Лістера, часом застосовував для лікування антисептичні речовини (азотнокисле срібло, хлорне вапно, винний і камфорний спирт).

Наукові праці І. Земмельвейса, М.І. Пирогова не могли зробити переворот у науці. Появі лістерівської антисептики сприяли праці Луї Пастера про роль мікроорганізмів у процесах бродіння та гниття (1863).

Виникнення асептики

Досягнення в галузі мікробіології, праці Л. Пастера і Р. Коха запропонували низку нових принципів як основу профілактики хірургічної інфекції. Головний із них — не допускати забруднення рук хірурга і предметів, що контактують із ранною, бактеріями. Таким чином, хірургія збагатилася положенням про обробку рук хірурга, стерилізацію інструментарію, перев'язувального матеріалу і білизни. Розробка асептичного методу завдячує іменам Е. Бергмана та його учня К. Шиммельбуша. У 1890 р. на X Міжнародному конгресі хірургів у Берліні принципи асептики при лікуванні ран одержали загальне визнання. Е. Бергман продемонстрував хворих, яких було оперовано в асептичних умовах без застосування лістерівської антисептики. Тут же було прийнято основний постулат асептики: “Усе, що контактує з ранною, має бути стерильним”.

Для стерилізації перев'язувального матеріалу використовували насамперед високу температуру. Р. Кохом і Е. Есмархом було запропоновано метод стерилізації проточною парою. Водночас у Росії Гейденрейх уперше в світі довів, що найвпливовішою є стерилізація парою під підвишеним тиском і в 1884 р. запропонував використовувати для стерилізації автоклав.

Велика заслуга в справі асептики належить російським хірургам М.С. Суботіну і Л.Л. Левшину, які створили, по суті, прообраз сучасних операційних. М.В. Скліфосовський запропонував розрізняти операційні для різних за рівнем інфекційного забруднення оперативних втручань.

Структура хірургічної інфекції включає такі патологічні процеси: гнійні захворювання, гнійно-деструктивні процеси при гострих хірургічних захворюваннях, нагноєння операційних ран, нагноєння при відкритій і закритій травмі. За *клінічним перебігом виділяють такі типи інфекції*: гостра (місцева, загальна), хронічна (місцева, загальна); за типом збудника: гнійна, гнилісна, анаеробна, специфічна; за етіологією: стафілококова, стрептококова, пневмококова, колі-бацилярна, клостридіальна, змішана і т. д.; за локалізацією — ураження шкіри і підшкірної жирової клітковини, ураження покривів черепа й оболон мозку, ураження ший, грудної стінки, плевральної порожнини, легенів, середостіння, очеревини й органів черевної порожнини, органів таза, кісток і суглобів, серця і судин; за шляхом зараження (передачі): кишкові, повітряно-краплинні, трансмісивні, контактні; шлях поширення в організмі: гематогенний, лімфогенний, імплантаційний, периневральний.

Екзогенною інфекцією вважають інфекцію, що потрапляє в рану із зовнішнього середовища: а) з повітря — *повітряна* інфекція; б) із бризками слини або інших рідин — *краплинна* інфекція (іноді поєднуються в один вид — *повітряно-краплинна* інфекція); в) із предметів, що стикаються з ранною, — *контактна* інфекція; г) із предметів, що залишаються в рані (шви, дренажі, металеві пластини, стрижні, штучні клапани серця тощо), — *імплантаційна* інфекція. Перенесення патогенних мікроорганізмів від хворого до хворого носить назву *перехресної* інфекції. *Ендогенною* вважають інфекцію, що міститься всередині організму або на його покривах. Ендогенна інфекція потрапляє в рану безпосередньо (контактна) або по судинах (лімфогенна чи гемато-

генна). Основними вогнищами ендогенної інфекції є: запальні процеси шкіри (фурункули, карбункули, піодермії, екзема тощо), інфекція травного тракту (карієс зубів, гінгівіт, холецистит, холангіт, панкреатит та ін.); інфекція дихальних шляхів (синусит, трахеїт, бронхіт, бронхоектатична хвороба); інфекція сечових і статевих органів (пієліт, цистит, простатит, уретрит, сальпінгоофорит); криптогенна інфекція.

Особливості догляду за хворими з гнійною патологією та організація роботи гнійної перев'язувальної

Для хворих із гнійними ранами виділяють окрему палатну секцію або окремі палати в ізольованому крилі відділення, якомога далі від операційного блока. Для цих палат виділяють свою гнійну перев'язувальну і таких хворих обслуговує свій персонал. Якщо перев'язувальна одна, хворих із гнійними ранами перев'язують після так званих чистих перев'язок, після чого ретельно обробляють приміщення й устаткування дезінфекційними розчинами. У гнійних перев'язувальних перев'язують гнійні рани, виконують пункції і розкривають абсцеси, інші маніпуляції, пов'язані з гнійною інфекцією. Гнійні перев'язувальні називати брудними неприпустимо, тому що під час лікування хворих із гнійною раною потрібно суворо дотримувати асептики, щоб уникнути додаткового зараження рани мікробами від іншого хворого. Така вторинна інфекція може спричинити тяжкі ускладнення (нагноєння, сепсис і т. д.). Персонал перев'язувальної, де виконують і чисті, і гнійні перев'язки, має бути особливо акуратним та уважним, щоб не переплутати інструментарій, яким користувалися під час перев'язування чистих і гнійних хворих. У перев'язувальних, перевантажених устаткуванням і меблями, де щодня буває багато людей, набагато складніше підтримувати чистоту й порядок. Перев'язувальна медсестра під час перев'язок керує роботою персоналу перев'язувальної і вимагає найсуворішого дотримання всіх правил асептики. Встановлюють суворе чергування перев'язок: спочатку чисті (наприклад, після пластичних операцій), останніми — умовно чисті.

Утилізацію перев'язувального матеріалу, забрудненого гнійними виділеннями (вата, лігнін, марля), проводять шляхом спалювання.

Особливості перев'язок та догляд за хворими з анаеробною інфекцією

Джерелом анаеробної інфекції є хворі. Основний шлях передачі — контактний. Інфікування може відбутися внаслідок потрапляння збудника газової гангрені на ушкоджені шкіру і слизові оболонки із ґрунтом, брудною білизною, одягом, а також недостатньо простерилізованими предметами медичного призначення. Для лікування цих хворих виділяють окремі палати зі спеціальним входом, операційну-перев'язувальну з припливно-витяжною вентиляцією, що не сполучається з іншими відділеннями. Стіни приміщень облицьовують кахельною плиткою на висоту не менш ніж 2 м, підлогу покривають пластиком або лінолеумом. Поверхні меблів, апаратури й устаткування покривають товстими непористими матеріалами, що легко піддаються механічному очищенню і дезінфекційній обробці. Усі приміщення для хворих з анаеробною інфекцією обладнують настінними або стельовими УФ-опромінювачами з розрахунку 1 опромінювач на 30 квадратних метрів. Перед госпіталізацією і після виписування хворого ліжко, приліжкову тумбочку, підставку для приліжкового судна (якщо така є) протирають ганчіркою, рясно змоченою 6 % розчином

водню пероксиду з 0,5 % розчином мийного засобу. Ліжко застеляють постільною білизною, що пройшла дезінфекційну обробку в камері згідно з режимом для спорових форм бактерій. Брудну білизну перед пранням знезаражують шляхом замочування і наступного кип'ятіння у 2 % розчині кальцієвої соди (мийного засобу) протягом 120 хв від моменту закипання. Хворому виділяють індивідуальні предмети: плювальницю, підкладне судно, які після використання дезінфікують і миють. Після того як хворого виписали, зазначені предмети піддають дезінфекції. Для миття рук і туалету хворих використовують мило в малій розфасовці. Посуд після використання замочують у 2 % розчині натрію бікарбонату і кип'ятять протягом 90 хв. Потім миють проточною водою і зберігають у закритій шафі. Палати прибирають не рідше 2 разів на день вологим способом із застосуванням 6 % розчину водню пероксиду з 0,5 % розчином мийного засобу. Матеріал для прибирання маркують і використовують суворо за призначенням, після використання витримують в автоклаві протягом 20 хв, зберігають у визначеному місці. Перев'язувальну оснащують стаціонарними бактерицидними опромінювачами, а також повітроочишувачами.

Хірург, процедурна медсестра перед тим як зайти у перев'язувальну надягають маску, бахіли. Перед операцією або перев'язкою налягають клейончастий фартух, який після кожної операції або перев'язки протирають ганчіркою, змоченою у 6 % розчині водню пероксиду з 0,5 % розчином мийного засобу. Перев'язувальний матеріал використовують один раз, під час операції або перев'язки його збирають у спеціально виділений бікс, автоклавують протягом 20 хв і знищують. Не знезаражений матеріал викидати заборонено. Інструментарій, використаний під час операції або перев'язки, складають у ємність. Прибирають операційну та перев'язувальну вологим способом не рідше 2 разів на день із застосуванням 6 % розчину водню пероксиду з 0,5 % розчином мийного засобу, використовуючи індивідуальні засоби захисту: респіратори типу РУ-60 і рукавички. Приміщення дезінфікують, потім миють гарячою водою і опромінують бактерицидними лампами протягом 1,5—2 год.

Для проведення сеансів гіпербаричної оксигенації використовують одномісні барокамери. Хворому на час проведення сеансу виділяють індивідуальну підстилку типу невеликого матраца і підголівник. Щоб зменшити поширення інфекції, чохол на підстилці змінюють після кожного сеансу. Якщо це неможливо, підстилку обшивають клейонкою або плівкою, після процедури її протирають ганчіркою, змоченою дезінфекційним розчином. Після операції або перев'язки увесь інструментарій занурюють у 6 % розчин водню пероксиду з 0,5 % розчином мийного засобу на 60 хв або кип'ятять протягом 90 хв.

Методи сучасної антисептики, характеристика їх

Антисептика — це сукупність методів, що спрямовані на зменшення або ослаблення життєдіяльності мікроорганізмів у рані, тканинах і порожнинах людського тіла, для запобігання або лікування хірургічної інфекції.

Класифікація хімічних і біологічних засобів антисептики, механізм дії і методи застосування

Залежно від методів виділяють механічну, фізичну, хімічну, біологічну антисептику.

Класифікація антисептиків за М.Д. Машковським (1988): галоїди (1—5 % розчин йоду, 1 % розчин йодинолу, йодонат, йодопірон, повідон-йодин, розчин Люголя,

хлоргексидин, хлорамін та ін.); окиснювачі (розчин калію перманганату, 3 %, 6 % розчин водню пероксиду); кислоти і луги (2 % розчин борної кислоти, саліцилова кислота, нашатирний спирт); альдегіди (36,5—37 % розчин формальдегіду, лізол, глутаровий альдегід); спирти (етиловий спирт); солі важких металів (сулема 1:1000, оксиціанід ртуті 1:10 000, 1:50 000, 0,25—2 % розчин нітрату срібла, протаргол, колларгол, цинку оксид); феноли (карболова кислота); барвники (1—2 % спиртовий розчин метиленового синього, 1—2 % розчин брильянтового зеленого); детергенти; дьоготь, смоли, продукти переробки нафти, мінеральні олії, синтетичні олії, препарати, що містять сірку; фітонцидні антибактеріальні препарати природного походження;

Докладнішу класифікацію наводить А.П. Красільников (1995):

I. За походженням: неорганічні речовини; біоорганічні речовини та їхні синтетичні аналоги; органічні сполуки синтетичної природи.

II. За хімічною будовою: галогени і їхні органічні похідні; неорганічні й органічні кислоти і їхні похідні; водню пероксид і калію перманганат; альдегіди; спирти; важкі метали і їхні органічні та неорганічні солі; барвники; фенол і його похідні; 8-оксихіноліни; 4-хіноліни, хінок, саліни, нафтиридини; нітрофуранові антисептики; сульфаніламідні антисептики; імадазолні антисептики; четвертинноамонієві сполуки і їхні аналоги; похідні арил- і алкілсульфонієві та їхні аналоги; вищі жирні кислоти; антисептики рослинного і тваринного походження; антибіотики синтетичного походження; іммобілізовані антисептики.

III. За характером дії: протибактеріальні; противірусні; протигрибкові; протипаразитарні.

IV. За механізмом дії: деструктивні; окисні; мембраноатакуючі; антиметаболічні й антиферментні.

V. За спектром протимікробної дії: універсальні; широкого спектра; помірного спектра; вузького спектра.

VI. За кінцевим ефектом: бактерицидні; бактеріостатичні.

VII. За складом: монопрепарати, комплексні, багатокomпонентні лікарські препарати.

VIII. За цільовим призначенням: профілактичні, терапевтичні, профілактично-терапевтичні, бінарно-антисептичного і хіміотерапевтичного призначення; бінарно-антисептичного і дезінфекційного призначення, багатоцільові.

IX. За місцем аплікації: ранові (хірургічні), шкірні, пероральні, офтальмологічні, оториноларингологічні, урологічні, генітальні, стоматологічні, інгаляційні, лімфо- і гемотропні.

Фізична антисептика

Застосування фізичних методів, що створюють у рані несприятливі умови для розвитку бактерій і токсинів, зменшують усмоктування продуктів розпаду тканин, і є фізичною антисептикою. Основне завдання фізичної антисептики — забезпечення виходу вмісту рани в пов'язку, що досягають головним чином шляхом використання гігроскопічної марлі, фізичні властивості і капілярність якої були вивчені й описані М.Я. Преображенським (1894).

Тампони з марлі, дренажі з гуми, скла, пластмаси забезпечують відтік ранового вмісту і сприяють видаленню мікробів, токсинів, продуктів розпаду тканин, тобто очищенню рани від інфікованого вмісту. Гігроскопічні властивості марлі посилю-

ються у разі змочування її ізотонічними розчинами (5–10 % розчин натрію хлориду та ін.). У лікуванні ран застосовують відкритий метод, тобто без накладання пов'язки, унаслідок чого рана висушується і створюються несприятливі умови для розвитку в ній мікробів. До фізичної антисептики належить також використання ультрафіолетових променів, променів лазера й інших фізичних чинників.

Ультразвук являє собою пружні хвилі, що їх не чути людським вухом, частота яких перевищує 20 кГц. Бактерицидна дія ультразвуку активізується в рідинному середовищі, зумовлена фізичним і хімічним ефектом. Фізичний ефект характеризується явищем кавітації. На мікроорганізми діють ударні хвилі — імпульси тиску зі швидкістю, більшою за швидкість звуку. Тиск у пухирцях рідини досягає 300 атм., температура підвищується до 700 °С. Хімічний ефект полягає у видаленні із молекул води H^+ і OH^- , які припиняють окисно-відновні реакції в мікробних клітинах. Потрібно пам'ятати, що ультразвук низької частоти “вимиває” і руйнує тромби, тому після впливу звуку на порожнини потрібний ретельний гемостаз.

Лазер (оптичний квантовий генератор) — з англійської фрази *Light amplification by stimulated of radiation* — джерело оптичного когерентного випромінювання, що характеризується високою спрямованістю і великою щільністю енергії. У медицині застосовують два види променів лазера — високої і низької енергії. Промінь лазера високої енергії дає такі ефекти:

1) температура в тканинах підвищується до кількох сотень градусів. Зміни, що виникають при цьому в тканинах, нагадують термічний опік;

2) у тканинах виникає “ударна хвиля” — “вибуховий ефект” унаслідок миттєвого переходу твердих і рідинних речовин у газоподібний стан, що тягне за собою різке підвищення внутрішньоклітинного тиску;

3) висока енергія променів лазера сприяє появі в тканинах електричного поля, унаслідок чого створюється електрохімічний ефект у вигляді змін електричних параметрів, питомої маси, діелектричної проникності. На поверхні тканин утворюється, власне кажучи, стерильна коагуляційна плівка, яка перешкоджає всмоктуванню токсинів і поширенню інфекції.

Промені лазера низької енергії спрямовано змінюють хімічні реакції в тканинах. Лазеру малої потужності належить роль оптичного каталізатора хімічних реакцій, чутливих до червоного або інфрачервоного випромінювання. Монохроматичне червоне світло дає протизапальний ефект, поліпшує обмінні процеси, сприяє розширенню судин, посилює процес розмноження молодих клітин кісткового мозку і селезінки, активізує ріст кровоносних судин.

Нині налагоджено промислове виробництво лазерних хірургічних установок на базі вуглекислотних лазерів із довжиною хвилі випромінювання 10,6 мкм і лазерів на гранато-алюмоїтрієвому випромінюванні з довжиною хвилі 1,06 мкм, а також установки на базі аргонних лазерів із довжиною хвилі випромінювання 0,458 і 0,514 мкм.

З інших фізичних чинників широкого застосування набули діадинамічні струми (струми Бернара) та електрофорез різних антисептичних засобів.

Механічна антисептика

Для профілактики розвитку бактерій у рані велике значення мають механічні втручання: видалення з рани некротизованих і нежиттєздатних тканин, що є поживним середовищем для мікроорганізмів, а також мікробів і сторонніх тіл. Для цього

роблять туалет рани, а також виконують операцію, що одержала назву активної первинної хірургічної обробки рани.

Уперше первинну хірургічну обробку вогнепальної рани застосував вітчизняний хірург К.К. Рейєр (1846—1890). Грунтуючись на результатах численних експериментів на тваринах, П.Л. Фрідріх (1898) запропонував хірургічне видалення країв, стінки і дна рани в межах здорових тканин. Анатомічне співвідношення тканин після вирізання ушкоджених відновлюють накладанням швів. Первинна хірургічна обробка буває повною або частковою.

Вторинна хірургічна обробка (її виконують при гнійному запаленні рани) також буває повною або частковою, ранньою або пізньою.

Хімічна антисептика

Застосування різних хімічних речовин, що справляють бактерицидну або бактериостатичну дію, і є хімічною антисептикою. Однак окрім впливу на мікрофлору ці речовини часто справляють біологічну дію на тканини в ділянці застосування їх (у рані) і на організм у цілому (у разі всмоктування з рани або у разі загального застосування їх). Прикладом можуть слугувати сульфаніламідні препарати. Загальна і місцева дія хімічних антисептиків має бути досить безпечною для макроорганізму та глибокою для мікробів.

Потрібно пам'ятати, що хімічна антисептика, як і всякий лікувальний захід, має бути суворо дозованою.

Біологічна антисептика

Біологічна антисептика об'єднує велику групу препаратів, що діють безпосередньо на мікробну клітину або її токсини, і групу речовин, що діють безпосередньо на макроорганізм. До першої групи належать:

- антибіотики — препарати з вираженими бактериостатичними або бактерицидними властивостями;
- бактеріофаги;
- антитоксини, що їх вводять у вигляді сироваток (протиправцева, протидифтерія тощо).
- протеолітичні ферменти (прискорюють некролітичні процеси).

Через макроорганізм, підвищуючи його імунітет і посилюючи специфічні та неспецифічні властивості, діють анатоксини, що їх вводять в організм у вигляді вакцини, а також кров і плазма, імуноглобуліни, препарати метилтіоурацилу та ін.

Потрібно звернути увагу на протеолітичні ферменти, що їх застосовують при лікуванні ран. Вони не є антисептиками, проте лізують нежиттєздатні тканини, сприяють швидкому очищенню ран і позбавляють мікробні клітини поживних речовин. Змінюючи середовище перебування мікробів і діючи на їхню оболонку, протеолітичні ферменти можуть робити мікробну клітину більш чутливою до антибіотиків. Завдяки ферментним інгібіторам, що є у здорових тканинах, протеолітичні ферменти не ушкоджують клітинні структури.

Щоб успішно застосовувати біологічну антисептику, необхідно знати не тільки властивості мікробних клітин (антибіотикорезистентність, серологічна специфічність та ін.), але й стан макроорганізму, а також оптимальні схеми специфічної і неспецифічної імунізації.

Змішана антисептика

Вплив зазначених вище видів антисептики на мікробну клітину і макроорганізм неможливо звести до єдиного механізму. Дія їх переважно комплексна.

У своїй роботі хірурги прагнуть одержати максимальний антисептичний ефект і зазвичай використовують кілька видів антисептики, а часом і весь арсенал їх.

Класичним прикладом використання змішаної антисептики є тактика лікування ран. Первинна хірургічна обробка ран (механічна і хімічна антисептика) зазвичай доповнюється біологічною антисептикою, призначенням фізіотерапевтичних процедур, використанням гіпертонічних розчинів, марлевих пов'язок тощо, тобто фізичною антисептикою. Це комплексне застосування різних засобів антисептики проводять за суворими показаннями з урахуванням багатьох чинників (характер рани і її забруднення, час від моменту виникнення рани, стан організму хворого та ін.).

Залежно від методу застосування антисептичних засобів виділяють антисептику поверхневу і глибоку. При поверхневій антисептиці препарат використовують поверхнево у вигляді присипок, мазей, аплікацій, промивань рани і порожнин; при глибокій — препарат уводять у прилеглі тканини в ділянці рани або запального вогнища (обколювання, блокади).

Розрізняють також антисептику місцеву, коли препарат діє в місці уведення, і загальну — речовина, яку ввели, потрапляє до місця контакту з інфекційним збудником із течією крові або лімфи. Як перехід від місцевої антисептики до загальної варто розглядати регіонарну перфузію антисептичних препаратів у кровоносні судини, що забезпечують кров'ю орган, уражений інфекцією, або відділ кінцівки. Це створює високу концентрацію лікарської речовини в місці розвитку інфекції при низькій (нешкідливій) концентрації її в організмі завдяки великому розведенню препарату в рідинних середовищах організму після промивання вогнища ураження. Виділяють специфічну і неспецифічну антисептику.

Застосовуючи той чи той вид антисептики, варто враховувати побічні дії різних засобів, які часом можуть спричинити інтоксикацію (хімічна антисептика), ушкодження життєво важливих анатомічних утворень (механічна антисептика), фотодерматит (фізична антисептика), алергійний шок, дисбактеріоз, кандидамікоз та ін. (біологічна антисептика).

СТЕРИЛІЗАЦІЯ ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ І ОПЕРАЦІЙНОЇ БІЛИЗНИ. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ В ОПЕРАЦІЙНІЙ. ОБРОБКА РУК ХІРУРГА ТА ОПЕРАЦІЙНОГО ПОЛЯ

Методика виготовлення серветок, тампонів, кульок

Перев'язувальний матеріал виготовляють із марлі і вати, рідше з віскози і лігніну.

До операційного блока надходить марля, що має сертифікат якості і допущена до використання у медичних закладах. Марлю одержують у рулонах різної довжини та ширини. Вона має бути білою, м'якою, гігроскопічною, знежиреною.

Щоб провести пробу на гігроскопічність, шматок марлі 5×5 см кладуть у лоток з водою. Якщо гігроскопічність нормальна, відріз тоне упродовж 10—15 с.

Операційний та перев'язувальний матеріал виготовляють на спеціальному столі чистими руками. Марлю складають у 10 шарів, кладуть на стіл і за викройкою розрізують ножицями чи електромеханічним ножом. Розрізують згідно з прийнятою в кожній операційній схемою викройки. Одну із загальноприйнятих схем наведено нижче.

Основне правило складання операційного матеріалу — обов'язкове підгортання країв марлі всередину, щоб запобігти потраплянню дрібних ниток до рани. Для хірургічних маніпуляцій використовують три типи серветок: великі, середні та малі. Великі серветки виготовляють із шматків марлі розміром 40×60 см, середні — 37×30 см, малі — 20×15 см. Розкрій 1 м марлі на серветки виконують так: відріз марлі із 10 шарів розрізують. Для приготування великих та середніх серветок з обох боків через усю товщу шматка відрізують шматки марлі завширшки 20 см уздовж і впоперек розташованих ниток. Із цих шматків виготовляють великі серветки. Середину шматка також розрізують на 3 однакових шматки, які, своєю чергою, розрізують двічі пополам. З отриманих шматків виготовляють малі серветки.

Для виготовлення великих та середньої величини серветок, а також кульок марлю викладають на стіл, як і перед цим, у тій же кількості шарів, але з одного боку відрізують шматок завширшки 20 см для виготовлення великих серветок, а з іншого 5 см — для кульок. Марлю, що залишилася, посередині двічі перерізують на два однакові шматки — уздовж і впоперек, із них виготовляють середні серветки. Виготовлення великих серветок виконують так: два краї загортають досередини на 5—6 см, потім марлю ще раз складають навпіл.

Середні серветки виготовляють так: марлю загортають із трьох боків усередину на 3—5 см. Потім серветку складають навпіл спочатку впоперек, а потім уздовж розташованої нитки.

Для виготовлення кульок спочатку підгортають краї більших боків з таким розрахунком, щоб вони заходили один на один, потім вільні кінці менших боків

загортають усередину до накладання кінців один на одного і складають навпіл. Із тих самих шматків марлі виготовляють великі, середні і малі тампони.

Виготовлення великого тампона: підрізані краї марлі загортають усередину на 5—6 см, потім у тому самому напрямку тампон складають двічі навпіл. Отриману смужку завдовжки 60 см і завширшки 10 см складають майже навпіл (нижня частина має бути на 5—6 см довшою від верхньої). Вільний край нижнього шару марлі загортають на тампон — він необхідний для взяття тампона під час операції. Виготовлення середнього тампона майже таке саме, за винятком останньої маніпуляції, коли складену смужку додатково складають уздовж поперечної лінії і лише потім уздовж повздовжньої. Такий тампон може бути виготовлений операційною сестрою із середнього у ході операції. Малий тампон виготовляють спочатку з підгортання на 1—2 см всередину одного з країв шматка марлі, потім підгортають усередину з деяким заходом один на один довшого краю з повторним складанням їх навпіл у повздовжньому напрямку.

Кульки виготовляють із шматків марлі розміром 11×10 см або 11×5 см, згортаючи їх так, щоб сформувалася марлева кулька у вигляді трикутника чи чотирикутного конверта. Звертають увагу на те, щоб не стирчали нитки. Виготовлені серветки, тампони, кульки складають у бікси і стерилізують у автоклаві.

Підготовку білизни і перев'язувального матеріалу проводять у 4 етапи:

- I — передстерилізаційна підготовка;
- II — укладання і підготовка до стерилізації;
- III — стерилізація;
- IV — зберігання стерильних матеріалів.

Стерилізація перев'язувального матеріалу, операційної білизни, халатів

Етап I — *передстерилізаційна підготовка*. До перев'язувального матеріалу належать марлеві кульки, серветки, тампони, турунди, бинти; застосовують їх під час операцій і перев'язок для висушування ран, зупинення кровотечі, для дренивання або тампонування ран, а також халати хірургічні, простирадла, рушники, маски, шапочки, бахіли. Перев'язувальний матеріал виготовляють із марлі і вати, рідше з віскози і лігніну. Перев'язувальний матеріал заготовлюють про запас, поповнюючи запаси у міру витрати. Для зручності підрахунку використаного під час операції матеріалу перед стерилізацією його вкладають у визначеному порядку: кульки — у марлеві мішечки, серветки зв'язують по 10 штук. Перев'язувальний матеріал окрім бинтів, не забруднених кров'ю, після використання спалюють.

До операційної білизни належать халати хірургічні, рушники, простирадла, маски, шапочки, бахіли. Матеріалом для їх виготовлення слугують бавовняні тканини. Операційну білизну багаторазового використання позначають спеціальною міткою і здають її для прання окремо від іншої білизни в спеціальних мішках. У халатів не повинно бути кишень, поясів, простирадла мають бути підрубленими. Халати, простирадла, пелюшки, рушники для стерилізації складають у рулони, щоб їх легко можна було розгорнути перед використанням.

Етап II — *укладання і підготовка матеріалу до стерилізації*. Перев'язувальні матеріали і операційну білизну вкладають у бікси. За відсутності біксів допускається стерилізація в полотняних мішках. У разі стерилізації в мішку матеріал укладають не

щільно, мішок зав'язують тасьмою. Мішок опускають в інший такий само мішок і зав'язують. Перед використанням простерилізованого матеріалу мішок ставлять на табурет, молодша медична сестра розв'язує верхній мішок, розводить його краї і стягує його донизу. Операційна медична сестра розв'язує внутрішній мішок стерильними руками, розкриває його, виймає матеріал. Універсальним укладанням матеріалу в бікс вважають кількість матеріалу, призначеного для однієї невеликої типової операції (апендектомія, герніотомія, флектомія тощо).

Цільове укладання матеріалу в бікс передбачає необхідний набір перев'язувального матеріалу та операційної білизни, призначених для конкретної операції (пневмонектомія, резекція шлунка і т. д.). Видове укладання матеріалу в бікс — укладання визначеного виду перев'язувального матеріалу або білизни (бікс із халатами, бікс із серветками, бікс із кульками і т. д.). Цей матеріал попередньо складають у бікси з таким розрахунком: перев'язувальний матеріал (марлю, бинти) — край має бути підгорнений усередину і не було вільного краю, з якого можуть обсіпатися нитки тканини. Матеріалу виготовляють більше, поповнюючи його запаси в міру витрачання.

Спочатку перевіряють справність бікса, на дно кладуть розгорнуте простирадло, кінці якого мають бути ззовні. Перев'язувальний матеріал укладають вертикально по секторах або пачками, нещільно, щоб забезпечити доступ пари, усередину помішають індикатори режиму стерилізації, краї простирадла загортають, бікс закривають кришкою і замикають. На кришці бікса прикріплюють бірку з клейонки, на якій указують назви матеріалів, а після стерилізації — дату проведення стерилізації і прізвище людини, яка її здійснювала.

Етан III — стерилізація. Перев'язувальний матеріал і операційну білизну стерилізують в автоклаві протягом 20 хв при тиску 2 атм. і температурі 132,9 °С або протягом 45 хв при тиску 1,1 атм. і температурі 122 °С.

Етан IV — зберігання стерильного матеріалу. Після закінчення стерилізації і сушіння білизни стерилізаційну камеру розвантажують, бікси виймають, відразу закривають і переносять на спеціальний стіл для стерильного матеріалу. Зберігають бікси в шафах під замком у спеціальній кімнаті.

Контроль стерильності матеріалу і режим стерилізації в автоклаві проводять прямим і непрямим способом. Прямий спосіб — бактеріологічний посів із перев'язувального матеріалу і білизни або використання бактеріологічних тестів. Посів виконують так: в операційній розкривають бікс, маленькими шматочками марлі, змоченими в ізотонічному розчині натрію хлориду, кілька разів проводять по білизні, після чого шматочки марлі занурюють у пробірку, яку направляють у бактеріологічну лабораторію. Для бактеріологічних тестів використовують пробірки з відомою спороносною непатогенною культурою мікроорганізмів, що гинуть за визначеної температури. Пробірки вкладають у бікс, після закінчення стерилізації виймають і направляють у лабораторію. Відсутність росту мікробів свідчить про стерильність матеріалу. Досліджують посіви із перев'язувальних матеріалів і білизни один раз на 10 днів.

Непрямий спосіб контролю застосовують постійно після кожної стерилізації. Для цього використовують речовини з визначеною точкою плавлення: бензойну кислоту (120 °С), резорцин (119 °С), антипірін (110 °С). Ці речовини випускають в ампулах у вигляді спеціальних індикаторів, застосовують їх також у пробірках (по 0,5 г), закритих марлевими корками. У бікс між шарами матеріалів помішають 1—2 ампули. Плавлення порошку і перетворення його на суцільну масу вказує на те, що темпера-

тура в біксі ідентична температурі плавлення контрольної речовини або перевищує її. Для контролю режиму стерилізації в сухожарових стерилізаторах використовують порошкоподібні речовини з більш високою температурою плавлення: аскорбінову кислоту (187—192 °С), бурштинову кислоту (180—184 °С), пілокарпін гідрохлорид (200 °С), сечовину (180 °С) та індикатори, що виготовляють у промислових умовах.

Нині застосовують різноманітні індикатори контролю стерильності, виготовлені у заводських умовах. Основою застосування їх є здатність хімічних речовин змінювати свої фізико-хімічні та колірні показники при визначеній температурі.

Будова, принцип і режим роботи автоклава. Правила безпеки під час роботи автоклава

Стерилізаційна і водопарова камери автоклава виготовлені із нержавіючої сталі у вигляді єдиної звареної конструкції, але роз'єднані вони функціонально. Вентиль дає можливість перекрити надходження пари в стерилізаційну камеру під час завантаження, стерилізації та розвантаження стерилізатора, зберігаючи при цьому робочий тиск у водопаровій камері для наступних циклів стерилізації. Завдяки кільцевій гумовій прокладці та шести гвинтовим натискуванням кришка створює необхідну герметичність робочої камери. Циліндричний кожух з опорою на три ніжки слугує для зменшення теплових втрат і є підтримуваним елементом конструкції. Воду заливають у водопарову камеру через лійку. Для спостереження за рівнем води є скло водовказівного стовпчика. Нагрівання води здійснюють електронагрівачами, установленими в нижній частині водопарової камери. Простерилізований матеріал сушать під вакуумом, що створюється за допомогою інжектора. Після завершення інжекції для відновлення нормального атмосферного тиску в стерилізаційній камері в неї подається очищене повітря через фільтр. Показником тиску всередині стерилізаційної камери слугує мановакуумметр. Конденсат випускають, а також проводять періодичну продувку стерилізаційної камери паром у процесі стерилізації. Стерилізатор включають поворотом ручки вимикача, при цьому загоряється сигнальна лампа "Мережа". За відповідного рівня води у водопаровій камері вмикаються електронагрівачі. Для захисту електронагрівачів від перегорання, що може трапитися внаслідок зниження рівня води у водопаровій камері нижче мінімального, передбачено спеціальний пристрій, який автоматично вимикає електронагрівачі. Чутливим елементом цього пристрою є датчик рівня води. Зниження рівня води нижче мінімального сигналізується вмиканням сигнальної лампи "Води немає". Стерилізатор оснащений пристроєм для автоматичної підтримки робочого тиску. Чутливим елементом цього пристрою є електроконтактний манометр, стрілки рухливих контактів якого встановлюються на поділках шкали, що відповідають межах припустимої зміни робочого тиску. У стерилізаторі є запобіжний клапан, відрегульований на тиск пари $0,23 \pm 0,26$ МПа ($2,3 \pm 2,6$ кг/см). Для підключення захисного заземлення на електрошитку і кожусі стерилізатора є спеціальні болти. До роботи з автоклавом допускається тільки спеціально підготовлений персонал.

Порядок роботи з автоклавом

Увімкнути вимикач, при цьому загориться сигнальна лампа.

Після того як тиск пари у водопаровій камері досягне 0,11 МПа (1,1кг/см), відкрити випускний вентиль на півоборота. При цьому тиск пари в стерилізаційній

камері має бути в межах (0,01—0,02) МПа (0,1—0,2 кг/см). Випускання повітря із стерилізаційної камери має тривати протягом 10 хв. Після продувки закрити вентиль і довести тиск у стерилізаційній камері до показника відповідного режиму стерилізації. Досягнувши заданого робочого тиску, що має збігатися з першим автоматичним вимкненням електронагрівачів, зафіксувати час початку стерилізації. Стерилізація в стерилізаторі здійснюється водяною насиченою парою температури $(132\pm 2)^\circ\text{C}$, тиск $(2\pm 0,02)$ атм. протягом (20 ± 2) хв; температури $(120\pm 2)^\circ\text{C}$, тиск — $(1,1\pm 0,02)$ атм. — (45 ± 3) хв; температури $(121\pm 2)^\circ\text{C}$, тиск — $(0,5\pm 0,02)$ атм. — (150 ± 3) хв; температури $(110\pm 2)^\circ\text{C}$. На початку стерилізації рекомендується відкрити вентиль 1—2 рази на 30 с для виходу конденсату, що накопичується в стерилізаційній камері і сприяє кращому проникненню пари в товщу матеріалу, який стерилізується. Після завершення стерилізації закрити вентиль, випустити пару й конденсат із стерилізаційної камери через вентиль, залишивши тиск у стерилізаційній камері у межах (0,01—0,02) МПа (0,1—0,2) кгс/см за мановакуумметром, простерилізований матеріал висувити.

Методи підготовки рук до операції

Обробка рук — важливий засіб профілактики контактної інфекції. Хірурги, операційні і перев'язувальні медичні сестри повинні постійно піклуватися про чистоту своїх рук, доглядати за шкірою і нігтями. Найбільша кількість мікроорганізмів накопичується під нігтями, у ділянці нігтьових валиків, у тріщинах шкіри. Догляд за руками передбачає запобігання тріщинам шкіри, обрізання нігтів (вони повинні бути короткими), видалення задирок. Роботу, пов'язану із забрудненням та інфікуванням шкіри рук, варто виконувати в рукавичках. Правильний догляд за руками потрібно вважати як етап підготовки їх до операції. Обробка рук будь-яким способом починається з механічного очищення їх.

Класичними методами є обробка рук за *Фюрбрингером*, *Альфельдом*, *Спасокукоцьким—Кочергіним*, які нині майже не застосовують через складність і тривалість. Ці методи передбачають попереднє миття рук стерильною шіткою і милом. Шітку або серветку, яку тримають у правій руці, намилюють милом, потім мило кладуть на тильну поверхню шітки і тримають у долоні з шіткою. Шітка або серветка мають переміщуватися в напрямку від пальців до передпліччя, кисті тримати вище від передпліччя, потік теплої проточної води спрямовувати від пальців до ліктя. У такому положенні починають і закінчують миття шіткою чи серветкою, не допускаючи стікання води від ліктя до кисті. Спочатку миють долонню поверхню кожного пальця, потім тильну поверхню і нігтьове ложе, міжпальцьові проміжки лівої кисті, потім правої, потім долоні й тил лівої та правої кистей і, зрештою, передпліччя до межі їх верхньої і середньої третини. Мильну піну постійно змивають проточною водою, за потреби шітку намилюють. Протягом усього часу миття руки не повинні торкатися кранів, потік води та її температуру врегулюють перед миттям. Після закінчення шітку і мило кладуть на столик, руки споліскують і, як і раніше, тримаючи кисті рук на рівні грудей, просушують шкіру стерильними марлевими серветками або рушником, не торкаючись інших ділянок шкіри. Далі (залежно від способу обробки) пальці, кисті, нижню третину передпліччя протирають серветками, рясно змоченими етиловим спиртом, розчином церигелю або іншим антисептиком.

За методом Альфельда руки протирають 96 % етиловим спиртом протягом 5 хв, Фюрбрингера — після механічного очищення руки протирають розчином сулеми

1:1000 протягом 1 хв і потім 96 % етиловим спиртом протягом 3 хв; на завершення обробляють нігтьове ложе 5 % настоянкою йоду.

Метод Спасокукоцького—Кочергіна передбачає механічне очищення рук 0,5 % розчином нашатирного спирту. Руки миють у двох ємкостях по 3 хв серветкою, рухи послідовні, як під час миття щіткою, починаючи від пальців лівої руки. У першій ємкості руки миють до ліктів, у другій — до межі верхньої і середньої третини передпліччя. Після закінчення миття руки споліскують розчином нашатирного спирту і піднімають угору так, щоб краплі води стікали до ліктів. Руки постійно перебувають вище від передпліч. Їх висушують стерильними серветками: спочатку обидві руки (цю серветку викидають), потім послідовно нижню і середню третину передпліч. Знезаражують руки серветками, змоченими 96 % етиловим спиртом, обробляючи кисті до нижньої третини передпліч двічі по 2,5 хв, потім кінчики пальців, нігтьові валики, нігтьові ложа і складки шкіри пальців змашують 5 % настоянкою йоду.

Найпоширенішими методами обробки рук є обробка первомуром (препарат 3-4), гібітаном (хлоргексидином) та ін.

Обробка рук первомуром (препарат 3-4). Первомур — суміш, до складу якої входять мурашина кислота і водню пероксид. Спочатку готують основний розчин із 81 мл 85 % мурашиної кислоти і 171 мл 33 % розчину водню пероксиду, змішують їх у посудині з притертим корком. Тримають у холодильнику протягом 2 год. Під час взаємодії мурашиної кислоти і водню пероксиду утворюється мурашина кислота, що справляє сильну бактерицидну дію. Із зазначеної кількості основного розчину можна приготувати 10 л робочого розчину первомуру, змішавши його з дистильованою водою, — робочий розчин, придатний до застосування. Готувати розчин потрібно в гумових рукавичках, щоб запобігти опікам концентрованими розчинами мурашиної кислоти або водню пероксиду. Обробка рук первомуром передбачає попереднє миття їх проточною водою з милом протягом 1 хв. Потім кисті і передпліччя до межі середньої третини миють серветками в ємкості з розчином первомуру протягом 1 хв і висушують стерильними серветками; в одному й тому самому розчині обробити руки можуть 5 осіб.

Обробка рук хлоргексидином біглюконатом (20 % водний розчин). Для обробки рук готують 0,5 % спиртовий розчин: до 500 мл 70 % етилового спирту додають 12,5 мл 20 % розчину хлоргексидину біглюконату. Руки попередньо миють проточною водою з милом, висушують стерильними серветками, а потім протирають марлевым тампоном, змоченим приготовленим розчином, протягом 2—3 хв.

Швидкі способи обробки рук застосовують в амбулаторній практиці або в екстрених ситуаціях. Для швидкого знезараження рук використовують плівкоутворювальний препарат церигель, що вирізняється сильною бактерицидною дією. До його складу входять полівінілбутирол і 96 % етиловий спирт. Руки миють проточною водою з милом, ретельно висушують. На долоню наливають 3—4 мл церигелю і ретельно змашують ним пальці, нігтьові ложа і валики, кисті, нижню третину передпліч. Напівзігнуті пальці тримають розслабленими протягом 2—3 хв, доки на шкірі не утвориться плівка церигелю. Плівка має захисні і бактерицидні властивості, після закінчення операції вона легко знімається марлевими кульками, змоченими спиртом.

Обробити руки в екстремальних умовах можна шляхом протирання їх 96 % етиловим спиртом протягом 10 хв (спосіб Бруна) або 2 % спиртовим розчином настоянки йоду протягом 3 хв.

Набуває поширення обробка рук у спеціальних пристроях із застосуванням ультразвуку.

Догляд за руками персоналу хірургічних відділень поза клінікою

Медичний персонал хірургічних відділень, операційного блока повинен оберегати руки від забруднення. На руках не повинно бути тріщин, порізів, подряпин, мозолів. Нігті мають бути коротко обрізаними, чистими. Не рекомендується зрізувати кутикули, щоб запобігти утворенню кишень, у яких може накопичуватися інфекція. Покривати нігті лаком категорично заборонено. Шкіра рук повинна бути здоровою, доглянутою, зволоженою інертними кремами або сумішшю зі спирту та гліцерину.

Підготовка операційного поля

Попередня підготовка ділянки, де виконуватиметься розріз, — операційного поля, починається напередодні операції. Вона включає загальну гігієнічну ванну, переміну білизни, гоління волосся сухим способом безпосередньо в ділянці оперативного доступу. Після гоління волосся шкіру протирають спиртом.

Під час обробки операційного поля безпосередньо в операційній варто дотримуватися таких принципів:

- обробка повинна бути значно ширшою, ніж ділянка оперативного доступу;
- послідовність обробки — “від центра до периферії”;
- багаторазовість обробки під час операції (до початку і перед накладанням швів);
- найбільш забруднені ділянки обробляють останніми.

Безпосередньо перед хірургічним втручанням операційне поле широко змащують 5 % настоянкою йоду. Саме місце операції ізолюють стерильною білизною і знову змащують 5 % настоянкою йоду. Перед накладанням і після накладання швів на шкіру її обробляють тією ж настоянкою йоду. Цей спосіб відомий як спосіб Гроссіха—Філончикова. У разі підвищеної чутливості до йоду шкіру дорослих хворих і дітей обробляють 1 % спиртовим розчином брильянтового зеленого (спосіб Баккала).

Для обробки операційного поля використовують 0,5 % спиртовий розчин гібітану (хлоргексидину біглюконату), як і для обробки рук хірурга перед операцією, та первомур (тричі по 1,5 хв). При невідкладній операції підготовка операційного поля полягає в голінні волосся, обробці шкіри 0,5 % розчином нашатирного спирту, а потім одним із методів (за Гроссіхом—Філончиковим, Баккалом та ін.).

Будова операційного блока

Операційний блок — це низка спеціальних приміщень для виконання операцій і проведення заходів, що забезпечують ці операції. Операційний блок має розміщуватися в окремому приміщенні або частині будинку, сполучатися коридором із хірургічними відділеннями або займати окремий поверх (але не перший) багатопверхового хірургічного корпусу. У ньому мають бути відокремлені операційні — для виконання чистих і гнійних операцій. Доцільніше, щоб при гнійних хірургічних відділеннях був окремий ізольований операційний блок. Основними приміщеннями операційного блока є операційна, передопераційна, передстерилізаційна, стерилізаційна.

До комплексу допоміжних приміщень і приміщень забезпечення входять кабінет старшої медсестри, матеріальна кімната, кімнати для зберігання медикаментів, кімнати для зберігання резерву інструментарію та устаткування, кімната для зберігання чистої білизни, кімната для зберігання брудної білизни, кімната для зберігання біологічних матеріалів, протокольна, трансфузіологічна, санітарні приміщення, кімната для споживання їжі, кімната відпочинку, кімнати анестезіологічної служби, приміщення для сестри-господарки, кімнати технічного забезпечення тощо.

Операційний блок ізольований від хірургічних відділень спеціальним тамбуром, найчастіше частиною коридора, куди виходять приміщення операційного блока загального режиму. Усі ті, хто заходить в операційну, повинні надягати бахіли, стерильну білизну. Заходити в операційний блок персоналу, який не бере участі в операції, заборонено. Для забезпечення режиму стерильності в операційному блоці виділяють спеціальні функціонально-гігієнічні зони, розділені між собою “червоною ризикою”.

1. **Зона стерильного режиму** (абсолютної стерильності) поєднує операційну і стерилізаційну. У приміщеннях цієї зони виконують операції і стерилізують інструментарій. Площа операційного залу на 1 операційний стіл не повинна бути меншою ніж 36 м², на 2 операційні столи — не меншою ніж 56 м². Слід пам'ятати, що навіть за наявності двох операційних столів у одному операційному залі одночасне виконання двох операцій категорично заборонено! Висота операційної не повинна бути нижчою ніж 3,5 м. Стіни мають бути гладенькими, обкладені кахельною плиткою або пофарбовані олійною фарбою, що полегшує прибирання. Колір стін має бути заспокійливим (холодним), не спричинювати роздратування. Усі види обігрівальних приладів мають бути вмонтовані в стіни (вид теплопередачі — конвекція). Оптимальний світловий коефіцієнт має становити 2:3, але допускається зниження до 1:4. Загальна освітленість операційної — 300—500 лк (не менше 200 лк), освітленість рани безтіньовими світильниками — не менше 3000—10 000 лк. Мікрокліматичні умови в операційній: температура — 20—30 °С (улітку 19—20 °С), вологість повітря — 50—55 %, швидкість руху повітря — не більше ніж 0,1 м/с.

2. **Зона суворого (відносної стерильності) режиму** включає передопераційну і санпропускник, до якого входять кімнати для роздягання персоналу, душові установки, кабінети для надягання стерильного одягу. Ці приміщення розташовані у певній послідовності, і персонал із кабінети для одягання виходить прямо через коридор у передопераційну. У цю зону входять приміщення для зберігання хірургічного інструментарію та апаратів, наркозної апаратури і медикаментів, кабінет переливання крові, приміщення для чергової бригади, старшої операційної медичної сестри, санітарний вузол для персоналу операційного блока.

3. **Зона обмеженого режиму** об'єднує технічну зону, виробничі приміщення для забезпечення роботи операційного блока, де зберігається апаратура для кондиціонування повітря, вакуумні установки, установки для постачання операційної киснем і наркотичними газами, тут же розміщені акумуляторна підстанція для аварійного освітлення, фотолaboratorія для проявлення рентгеновських плівок.

4. **Зона загального режиму** містить кабінети завідувача відділення, старшої медичної сестри, приміщення для обробки брудної білизни та ін.

Режим роботи операційного блока передбачає обмежене відвідування його, а в зоні стерильного режиму повинні перебувати лише учасники операції: хірурги та їхні асистенти, операційні медичні сестри, анестезіологи й анестезисти, молодша

медична сестра, яка здійснює поточне прибирання операційної. У зону стерильного режиму допускаються студенти, лікарі-стажери. Працівники операційного блока носять спеціальний одяг: халати або куртки і штани, які за кольором відрізняються від одягу працівників інших відділень.

В операційному блоці періодично проводять контроль за режимом стерильності шляхом бактеріологічного дослідження повітря, змивів зі стін, апаратів і приладів. Матеріал для посіву беруть двічі на місяць.

Стерильний режим в операційній досягають за рахунок запобігання занесенню мікроорганізмів в операційну з інших приміщень і поширення мікроорганізмів у операційній. Спеціальний пристрій операційного блока, використання стерильних шлюзів перед входом в операційну, підготовка хворого до операції (миття, переміна білизни, гоління волосся в ділянці операційного поля), підготовка до операції персоналу (обов'язкове перевдягання, використання стерильної білизни, надягання бахіл, шапочок, масок, обробка рук) значно обмежують проникнення мікроорганізмів в операційну. Маски мають бути виготовлені з 4—6 шарів марлі, що сприяє затриманню 88—96 % мікроорганізмів. Стерильність масок і халатів зберігається протягом 5—6 год, сучасних масок із целюлози — лише 1 год.

Мікроорганізми в повітрі і на предметах дуже рідко мігрують ізольовано, вони фіксовані переважно на мікроскопічних частках пилу. Тому ретельне прибирання пилу, як і запобігання проникненню його в операційну, зменшує ступінь мікробного забруднення.

В операційній передбачено такі види прибирання: попереднє, поточне, післяопераційне, заключне і генеральне. Перед початком операції усі предмети, прилади, підвіконня протирають вологою ганчіркою, видаляючи осілий за ніч пил (попереднє прибирання). У ході операції постійно прибирають кульки, серветки, інструментарій та інше, що впали на підлогу (поточне прибирання). У проміжку між операціями, коли хворого вивезено з операційної, прибирають білизну, серветки, інструментарій, вологою серветкою, змоченою розчином антисептичних засобів, протирають операційний стіл і накривають його простиралом, підлогу протирають вологою ганчіркою (післяопераційне прибирання). Після закінчення робочого дня проводять заключне прибирання: вологе протирання стелі, стін, підвіконь, усіх предметів і апаратури, підлоги з використанням дезінфекційних розчинів: 1—3 % водню пероксиду із синтетичним мийним засобом, розчину дезоксону та інших із наступним увімкненням бактерицидних ультрафіолетових (УФ) ламп.

Наприкінці тижня здійснюють генеральне прибирання операційної із застосуванням 3—6 % розчину водню пероксиду або 1 % розчину хлораміну Б. Починають його з дезінфекції операційної: стелю, стіни, усі предмети, підлогу обробляють дезінфекційними розчинами, які потім витирають. Після цього проводять загальне вологе прибирання і вмикають бактерицидні УФ лампи. Генеральне прибирання може бути позачерговим, коли операційну забруднено гноем, кишковим умістом, після оперативного втручання у хворого з анаеробною інфекцією.

Для опромінювання повітря і предметів використовують пересувні, настінні, стельові бактерицидні УФ лампи різної потужності зі спеціальними екранами, які захищають від прямої дії УФ променів, і можуть працювати у присутності людей в операційній. Варто пам'ятати, що настінні бактерицидні УФ лампи підвищують на висоті не менш ніж 2 м від підлоги. Протягом 2 год одна бактерицидна лампа опромінює 30 м³ повітря і створює навколо себе зону стерильності діаметром 2—3 м.

Після 3 год роботи УФ лампи кількість мікробів у повітрі зменшується на 50—80 %, кількість інфекційних ускладнень — у 3—3,5 разу.

Запобігання забрудненню повітря в операційній досягають механічною системою вентиляції, що її здійснюють шляхом подавання повітря з вулиці або за рахунок його рециркуляції. Припливна вентиляція створює нагнітання повітря через фільтри, розташовані під стелею, в операційну. З пилом, що осідає на фільтри, видаляються фіксовані в ньому мікроби. Повітря з операційної виходить через природні щілини і через отвори, що розташовані біля підлоги. Завдяки такому напрямку повітря вдається уникнути потрапляння забрудненого мікробами і пилом повітря із сусідніх з операційною приміщень, у тому числі з хірургічних відділень. За відсутності централізованої системи очищення повітря від пилу і мікробів можна використати спеціальні пересувні очисники повітря. Упродовж 15 хв роботи такого апарата кількість мікробів в операційній зменшується в 7—10 разів. Кратність повітрообміну в операційній у разі використання пасивно-активної вентиляції має бути не менше 6—8, а при кондиціонуванні повітря — 10.

Для успішного дотримання правил асептики у загальнопрофільному операційному блоці мають бути два ізольованих (непрохідних) відділення: 1-е — асептичне, чисте, 2-е — септичне, гнійне із зоною внутрішніх приміщень та окремими для кожного з них допоміжними приміщеннями. Усі приміщення операційного блока залежно від ступеня дотримання правил асептики і боротьби з внутрішньолікарняною інфекцією функціонально поділяються на чотири зони: стерильну, суворого режиму, обмеженого режиму і загальнолікарняного режиму.

Потоки переміщення в операційному блоці поділяються на “стерильний” — для хірургів і операційних сестер, *чистий* — для хворих, анестезіологів, технічного персоналу; вони не повинні перетинатися.

Санітарно-гігієнічний режим хірургічного відділення спрямований на запобігання негативному впливу чинників лікарняного середовища на хворих і персонал, забезпечення хворому повного гігієнічного, соматичного і психічного комфорту, а персоналові — оптимальних умов праці. Санітарно-гігієнічний режим передбачає дотримання норм щільності лікарняних палат, забезпечення оптимального мікроклімату, належного хімічного і бактеріологічного складу повітряного середовища, режиму вентиляції та освітлення приміщень, постачання доброякісною питною водою, своєчасне повне видалення і знезараження відходів, забезпечення хворих раціональним і збалансованим харчуванням, прибирання приміщень, прання і переміну білизни, дотримання правил особистої гігієни тощо.

Протиепідемічний режим хірургічного відділення спрямований на запобігання виникненню і поширенню внутрішньолікарняних інфекцій. Основні положення протиепідемічного режиму регламентуються наказом МОЗ України “Про покращання медичної допомоги хворим із гнійними хірургічними захворюваннями та посилення заходів боротьби з внутрішньолікарняною інфекцією” № 720 від 31.07.1978 р.

Види прибирань

В операційному блоці виділяють такі види прибирань:

- попереднє (перед початком роботи);
- поточне (протягом робочого періоду);
- заключне (по завершенню робочого дня);
- генеральне (1 раз на тиждень).

Вологе прибирання приміщень (миття підлоги, протирання меблів, устаткування) проводять не рідше ніж двічі на день з використанням мийних і дезінфекційних засобів, протирання вікон не рідше ніж один раз на місяць. Генеральне прибирання палатної секції проводять не рідше ніж один раз на місяць. Сюди входить ретельне миття стін, підлоги, устаткування, протирання меблів. Генеральне прибирання (миття і дезінфекція) операційного блока, перев'язувальних проводять не рідше ніж один раз на тиждень. Приміщення з особливим режимом стерильності після прибирання обробляють стаціонарними або пересувними бактерицидними лампами з розрахунку 1 Вт потужності на 1 м² приміщення.

Основним шляхом інфікування рани в операційній є контактний (близько 90 % випадків), решта 10 % випадків — інфікування повітряним шляхом. Кожен член хірургічної бригади, незважаючи на спеціальну підготовку до операції, виділяє в навколишнє повітря до 1500 мікроорганізмів за 1 хв. За 1—1,5 год роботи однієї хірургічної бригади бактеріальне забруднення повітря в операційній збільшується на 100 %. Припустима кількість мікроорганізмів у 1 м³ повітря операційної перед початком роботи не повинна перевищувати 500—600, під час операції — 1000—1200, після закінчення операції — 1500—2000 за умови відсутності в повітрі патогенних мікроорганізмів. Досягти такого рівня вдається за допомогою спеціальних пристроїв, системи вентиляції, режиму роботи і прибирання операційної, дезінфекції повітря і предметів. Для запобігання контактному інфікуванню необхідно досягти стерильності всього, що торкатиметься рани. Це досягається шляхом стерилізації операційної білизни, перев'язувального і шовного матеріалу, рукавичок, інструментарію, обробки рук хірурга і операційного поля. Стерилізація шовного матеріалу спрямована на профілактику як контактного, так і імплантаційного інфікування рани.

Транспортування хворих до операційної

Після гігієнічної обробки хворого, підготовки операційного поля (гоління), виймання зубних протезів із ротової порожнини, обстеження, консультації спеціалістів суміжних спеціальностей, медикаментозної корекції, клізми (але потрібно пам'ятати, що при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини очисна клізма протипоказана), перевдягання у чистий лікарняний одяг, премедикації хворого в горизонтальному положенні транспортують до операційного залу в супроводі середнього медичного персоналу.

Правила надягання операційного одягу

Після надягання 4-шарової марлевої пов'язки в передопераційному залі та обробки рук одним із прийнятих методів операційна бригада одягається в стерильну операційну білизну. Операційна медична сестра чи хірург, чи асистент у супроводі молодшої медичної сестри із передопераційної іде до операційного залу, де стоїть стерильний бікс з операційним одягом (халатами). Молодша медична сестра обережно відкриває кришку бікса, операційна медсестра обережно виймає із бікса згорнутий у рулон халат, розгортає його на витягнутих руках, стежачи за тим, щоб зовнішня поверхня халата не торкалася сусідніх предметів та її одягу. Тому операційна медсестра всовує руки в рукав і накидає халат на себе спереду. Молодша медсестра, яка в цей час стоїть позаду операційної медсестри, допомагаючи тій одягти-

ся, підтягує халат за поли і зав'язує зав'язки. Після цього операційна медсестра бере з кишені вже надягненого халата пояс і тримає його на відстані 30—40 см від себе так, щоб кінці пояса звисали, молодша медсестра обережно бере кінці пояса і зав'язує їх іззаду. Зав'язки на рукавах халата (якщо на халаті немає манжетів) операційна медсестра зав'язує сама. Далі надягає стерильні рукавички, щоб їхні краї прикривали рукави стерильного халата, змиває з рукавичок залишки тальку стерильним розчином і приступає до підготовки інструментального столу.

Хірург, підготувавшись до операції так, як і операційна медсестра, іде до операційного залу, там операційна медсестра подає йому розгорнутий стерильний операційний халат так, щоб він зміг просунути руки в рукави. Після цього операційна медсестра відкидає верхній край халата на плечі хірурга. Молодша медсестра зав'язує зав'язки і пояс зі спини хірурга так, як описано вище. Операційна медсестра надягає на руки хірурга стерильні рукавички.

**ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ В СТЕРИЛІЗАЦІЙНІЙ.
ПІДГОТОВКА І СТЕРИЛІЗАЦІЯ РІЖУЧОГО, ОПТИЧНОГО,
ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ.
СТЕРИЛІЗАЦІЯ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ**

Підготовка та стерилізація інструментарію

Етап I — передстерилізаційна підготовка. Мета — ретельне механічне очищення інструментарію, шприців, ін'єкційних голок, систем для трансфузії, видалення пірогенних речовин.

Порядок передстерилізаційної підготовки інструментарію:

- дезінфекція;
- промивання під проточною водою протягом 30 с;
- замочування в суміші з водню пероксиду і мийного засобу температури 50 °С на 15 хв;
- миття у мийно-пероксидній суміші за допомогою ватно-марлевого тампона протягом 30 с;
- полоскання під проточною водою протягом 30 с;
- полоскання дистильованою водою;
- просушування;
- проби на якість передстерилізаційної підготовки (проби на наявність мийних засобів, проби на наявність залишків крові, проби на наявність залишків жиру).

Етап II — укладання і підготовка до стерилізації. Після попереднього просушування на повітрі інструментарій вкладають у сухожарову шафу, яку нагрівають до 80 °С при відкритих дверцятах. Після цього дверцята зачиняють і починається стерилізація.

Етап III — стерилізація. Інструментарій, шприци, голки, скляний посуд стерилізують у сухожарових шафах-стерилізаторах. Після зачинення дверей температуру в шафі доводять до 160 °С або 180 °С, підтримуючи її автоматично. Стерилізація триває протягом 60 хв за 180 °С або 150 хв за 160 °С. Після відключення системи нагрівання і зниження температури до 70–50 °С двері шафи відчиняють, кришки металевих коробок з інструментарієм закривають стерильним інструментом.

Стерилізацію інструментарію з пластмасовими деталями (наприклад, касети зі скріпками), шприців можна проводити в паровому стерилізаторі (автоклаві). Упаковані предмети вкладають у стерилізаційну камеру. Якщо упаковки вкладено в бікси, то їхні частини мають бути відкритими. Хірургічний інструментарій і шприци стерилізують протягом 20 хв при 2 атм. за температури 132,9 °С. Початком стерилізації вважають від моменту досягнення відповідного тиску. Гумові рукавички, системи для переливання крові, гумові дренажні трубки стерилізують при 1,1 атм. за темпе-

ратури 120 °С протягом 45 хв або при 0,5 атм. за температури 110 °С протягом 180 хв. Під час розвантажування автоклава отвори в біксах закривають.

Методи стерилізації в сухожарових і парових стерилізаторах потрібно розглядати як основні. Кип'ятіння як метод стерилізації не застосовують згідно з ОСТ 42-21-2-85 “Стерилізація і дезінфекція виробів медичного призначення”.

Інструментарій і предмети, що не підлягають термічній обробці (ендоскопи, торакоскопи, лапароскопи, апарати або блоки апаратів для штучного кровообігу, гемосорбції), стерилізують у спеціальному газовому стерилізаторі. Предмети вкладають у герметичну стерилізаційну камеру, яку наповнюють оксидом етилену. Термін експозиції — 16 год за температури 18 °С. Стерилізацію можна також проводити сумішшю оксиду етилену і бромистого метилену за температури 55 °С протягом 6 год.

Eman IV — зберігання стерильних матеріалів. Стерильні матеріали зберігають у спеціальному приміщенні. Не допускається зберігання в одному приміщенні нестерильних і стерильних матеріалів. Стерильність матеріалів у біксах (якщо вони не відкривалися) зберігається протягом 48 год, а за умови додаткового упакування у бавовняний мішок — 72 год. При централізованій стерилізації шприци зберігають стерильність протягом 25 днів.

Підготовка мийних та дезінфекційних засобів

Сучасні засоби використовують для:

- дезінфекції;
- поєднання дезінфекції та передстерилізаційної обробки інструментарію, гнучких та жорстких ендоскопів;
- дезінфекції лабораторного посуду.

Для проведення дезінфекції використовують:

- дезактин: 2 г на 1 л — для поточного прибирання (0,2 % розчин), 10 г на 1 л — для генерального прибирання (1 % розчин);
- неохлор: 6 мл на 1 л — для поточного прибирання (0,05 % розчин), 29 мл на 1 л — для генерального прибирання (0,25 % розчин);
- хлорантоїн: 2 г на 1 л — для поточного прибирання (0,2 % розчин), 10 г на 1 л — для генерального прибирання (1 % розчин);
- дезфект: 23 мл на 1 л — для поточного прибирання (2,3 % розчин), 38 мл на 1 л — для генерального прибирання (3,8 % розчин);
- максисан: 1,7 мл на 1 л — для поточного прибирання (0,17 % розчин), 2,5 мл на 1 л — для генерального прибирання (0,25 % розчин);
- септодор-форте: 0,25 мл на 1 л — для поточного прибирання (0,025 % розчин), 2 мл на 1 л — для генерального прибирання (0,2 % розчин);
- корзолекс плюс (тільки для інструментарію): 30 мл на 1 л (3 % розчин);
- корзолекс базик (тільки для інструментарію): 20 мл на 1 л (2 % розчин);
- корзолекс екстра: 15 мл на 1 л — для поточного прибирання (1,5 % розчин), 20 мл на 1 л — для генерального прибирання (2 % розчин);
- бацилоцид расант: 2,5 мл на 1 л — для поточного прибирання (0,25 % розчин), 5 мл на 1 л — для генерального прибирання (0,5 % розчин);
- бланідас: 2 г на 1 л — для поточного прибирання та інструментарію (0,2 % розчин), 10 г на 1 л — для генерального прибирання (1 % розчин).

Проби на визначення якості передстерилізаційної обробки інструментарію

Якість передстерилізаційної обробки оцінюють шляхом виконання проб на наявність:

- крові (бензидинова, азопірамова та амідопіринова);
- мийних засобів (фенолфталеїнова);
- жиру (проба із суданом III).

Якість передстерилізаційної обробки контролюють СЕС та дезінфекційна станція не рідше ніж один раз на квартал;

самоконтроль — завідувач централізованої стерилізаційної один раз на день.

Перевіряють 1 % виробів кожного найменування, що підлягають обробці за одну зміну.

Азопірамова проба

На 1 л розчину:

100 г азопіраму

1—1,5 г хлористоводневого аніліну

96 % етиловий спирт до 1 л.

Готовий розчин зберігають у щільно закритому флаконі в темному місці за температури 4 °С (у холодильнику) протягом 2 міс., за кімнатної температури (18—23 °С) не довше ніж 1 міс.

Допускається пожовтіння розчину без формування осаду.

Робочий розчин готують перед постановкою проби, змішуючи азопірам і 3 % розчин водню пероксиду в однакових пропорціях. Розчин є придатним до застосування упродовж 1—2 год.

Не можна проводити пробу з використанням гарячого інструментарію, зберігати розчин на світлі, поряд із нагрівальними приладами та за високої температури.

Перевірка робочого розчину азопіраму: 2—3 краплі розчину наносять на пляму крові. Якщо через 1 хв з'являється фіолетове забарвлення, розчин придатний до застосування. Якщо через 1 хв фіолетового забарвлення немає, розчин не придатний.

Постановка проби: 2—3 краплі розчину наносять на інструментарій або протирають його марлевою серветкою, змоченою розчином.

Проба є позитивною, якщо через 1 хв з'являється фіолетове забарвлення.

Якщо інструментарій вкритий іржою та хлорумісними окиснювачами, з'являється буре забарвлення.

У шприці випускають 3—4 краплі розчину, декілька разів совають поршнем, щоб змочити усю внутрішню поверхню, розчин залишають на 1 хв, після чого зливають його на марлеву серветку. Голки перевіряють, пропускаючи через них розчин і зливаючи його на марлеві серветки. Катетери перевіряють, заповнюючи їх розчином із чистого шприца або піпетки, залишають на 1 хв, потім витискають на марлеву серветку.

Якість передстерилізаційної обробки ендоскопів перевіряють так: в отвір “вхід” і “вихід” на невелику глибину вводять ватний джгутик, змочений розчином, залишають на 1 хв. Зовнішню поверхню протирають марлевою серветкою 5×5 см, змоченою розчином.

Амідопіринова проба

Розчин готують безпосередньо перед застосуванням. Змішують 5 % спиртовий розчин амідопірину, 30 % розчин оцтової кислоти та 3 % розчин водню пероксиду в рівних пропорціях.

Готовий розчин зберігають у флаконі з притертим корком у холодильнику протягом 1 міс.

Проба є позитивною, якщо одразу або через 1 хв після нанесення розчину з'являється синьо-фіолетове забарвлення. При постановці азопірамової та амідопіринової проб забарвлення, що з'являється пізніше ніж через 1 хв, не враховують.

Фенолфталеїнова проба

Готують 1 % спиртовий розчин фенолфталеїну.

Готовий розчин зберігають у флаконі з притертим корком у холодильнику протягом 1 міс.

Проба є позитивною, якщо після обробки розчином з'являється рожеве забарвлення. Це свідчить про наявність залишків лугів із мийних засобів.

Проба із суданом III

Приготування розчину:

0,2 г судану III, 0,2 г метиленового синього розчиняють у 70 мл 96 % етилового спирту, підігрітого на водяній бані до 60 °С, додають 10 мл 20—25 % розчину аміаку (нашатирного спирту) та 20 мл дистильованої води. Готовий розчин зберігають у флаконі з притертим корком у холодильнику протягом 6 міс.

Постановка проби: 3—5 мл розчину наносять на інструментарій (усередину шприців), через 10 с змивають водою. Жовті плями вказують на наявність жирових забруднень.

У разі позитивних проб уся партія інструментарію підлягає повторній обробці.

Методи стерилізації ріжучого, оптичного та загальнохірургічного інструментарію

Ріжучий інструментарій обгортають двома шарами спеціального паперу і стерилізують сухожаровим методом за температури 180 °С. Інструментарій та оптичні апарати (лапароскоп, торакооскоп) можна стерилізувати в спиртовому розчині первовомуру, 2,5 % розчині глутарового альдегіду протягом 360 хв або в розчині препарату “Сайдекс” протягом 60 хв. Стерилізацію апаратів і інструментарію хімічними засобами варто проводити в металевих коробках із кришками, що запобігає випаровуванню препарату. За відсутності спеціального посуду стерилізують в емальованому або скляному. Інструментарій заливають розчином так, щоб він повністю покривав його, і закривають кришкою.

В екстрених випадках, коли забезпечити стерилізацію інструментарію одним із зазначених методів неможливо, стерилізують методом прожарювання. У металевий лоток наливають 15—20 мл етилового спирту, декілька інструментів укладають у лоток і спирт підпалюють. Метод прожарювання недостатньо надійний, пожежо- і вибухонебезпечний (наявність кисню, парів наркотичних речовин у повітрі приміщень), тому його використовують як виняток, суворо дотримуючись правил протипожежної безпеки.

Види шовного матеріалу

Шовний матеріал класифікують на:

1. Той, що розсмоктується:
 - а) тваринного походження (кетгут, колаген);
 - б) рослинного походження — на основі целюлози (окцелон, кацелон);
 - в) синтетичний:
 - на основі полігліколідів (полісорб, вікріл, дексон, максон);
 - полідіоксанон;
 - поліуретан.
2. Той, що розсмоктується повільно: шовк, поліамід (капрон).
3. Той, що не розсмоктується:
 - а) поліефіри (лавсан, суржидак, мерсилен, етибонд);
 - б) поліолефіни (суржипро, пролен, поліпропілен, суржилен);
 - в) фторполімери (гортекс);
 - г) полівініліден (корален);
 - г) металевий дріт, металеві скоби.

Стерилізація шовного матеріалу

Для з'єднання тканин під час операції використовують нитки різного походження, металеві скріпки, дужки, дріт. Відомо більш ніж 40 видів шовного матеріалу. Найпоширенішими є шовк, лавсан, капрон, кетгут, металеві скріпки. Застосовують нитки, що розсмоктуються, і нитки, що не розсмоктуються. Природними нитками, що розсмоктуються, є кетгут. Подовження термінів розсмоктування кетгуту досягають шляхом імпрегнації його металами (хромований, посріблений кетгут). Використовують синтетичні нитки, що розсмоктуються, — дексон, вікріл, окцилон та ін. До натуральних ниток, що не розсмоктуються, належать нитки з натурального шовку, бавовни, кінського волоса, до синтетичних — нитки з капрону, лавсану, дакрону, найлону, фторлону та ін.

Шовний матеріал має відповідати таким основним вимогам: бути рівним, щоб не спричинювати додаткового ушкодження тканин; мати гарні маніпуляційні властивості — добре ковзати в тканинах; бути еластичним (мати достатній розтяг, запобігати стисненню і некрозу тканин у разі набряку, що поширюється); бути міцним у вузлі; не мати гігроскопічних властивостей і не розбухати; бути біологічно ідентичним із живими тканинами і не спричинювати алергію. Термін руйнування ниток повинен збігатися з терміном загоєння рани.

Нагноєння рани відбувається значно рідше у разі використання шовного матеріалу, що має антимікробну активність за рахунок уведених у його структуру протимікробних препаратів (летилан-лавсанові, фторлонові, ацетатні й інші нитки, що містять нітрофуранові препарати, антибіотики тощо). Синтетичні нитки, що містять антисептичні засоби, мають усі переваги шовного матеріалу і водночас справляють антибактеріальну дію.

Шовний матеріал може бути простерилізований іонізувальним випромінюванням у заводських умовах. Мотки шовку, кетгуту, капрону зберігають в ампулах за кімнатної температури і використовують за потреби.

Лігатурний матеріал стерилізують парою під тиском 2 атм. протягом 20 хв або 1,1 атм. протягом 45 хв. Невикористаний матеріал може бути перестерилізований одноразово під тиском 1,1 атм. протягом 45 хв.

Можлива експресстерилізація в 4,8 % розчині первармуру за температури 18—20 °С протягом 15 хв у закритому емальованому посуді.

Стерилізація кетгуту

Термічну обробку кетгуту не застосовують. У заводських умовах кетгут стерилізують іонізуючим випромінюванням. Методи стерилізації кетгуту хімічними сполуками передбачають попереднє знежирення його. Для цього мотки кетгуту кладуть у банки з ефіром, які герметично закривають на 24 год.

У разі стерилізації за Клаудіусом ефір виливають із банки, а мотки кетгуту заливають водним розчином Люголя (чистого йоду 10 мл, калію йодиду 20 мл, дистильованої води до 1000 мл) на 10 діб, потім розчин Люголя замінюють на свіжий і залишають у ньому кетгут знову на 10 діб. Після цього розчин Люголя замінюють на 96 % етиловий спирт. Через 4—6 діб виконують посів на стерильність.

Метод Губарєва передбачає стерилізацію кетгуту в спиртовому розчині Люголя (чистого йоду і калію йодиду по 10 мл, 96 % етилового спирту до 1000 мл). Після знежирювання кетгуту ефір зливають і заливають розчином Люголя на 10 діб, після заміни розчину на новий кетгут залишають ще на 10 діб. У разі сприятливих наслідків шовний матеріал придатний до використання.

За методом Сітковського після знежирювання кетгуту в стерильних умовах стандартні нитки розрізують на 3 частини завдовжки по 1,25 м, протирають розчином сулеми 1:1000 і згортають у мотки, які опускають у 2 % водний розчин калію йодиду: нитки № 0 — на 30 с, № 1 — на 1 хв, № 2 — на 2 хв, № 3 — на 3 хв і т. д. (час відповідає номеру нитки). Після просякання ниток калію йодидом мотки кетгуту нанизують на товсті нитки і підвішують на висоті 7—8 см від дна скляної банки, на дно банки насипають кристалічний йод із розрахунку: на 3 л — 40 г, 5 л — 60 г. Банки герметично закривають. Терміни експозиції різні залежно від товщини ниток (№ 0, № 1 готові через 3 доби, № 2, № 3, № 4 — через 4 доби, № 5, № 6 — через 5 діб). Після бактеріологічного контролю нитки придатні до використання.

Способи контролю стерильності (обов'язки в ході стерилізації!):

Методи контролю стерильності поділяють на **прямий** і **непрямий**:

- **прямий** метод контролю є результатом бактеріологічного дослідження (найточніший метод).

Методика:

- спеціальним стерильним тампоном проводять по стерильному інструментарію, шкірі рук хірурга, операційному полю та ін.;

- тампон кладуть у стерильну пробірку і направляють до бактеріологічної лабораторії, де роблять посів на різні поживні середовища;

- **непрямий** метод (використовують переважно під час термічних методів стерилізації для визначення показника температури, за якої проводили обробку, не даючи точної відповіді про наявність чи відсутність мікрофлори) застосовують під час кожної стерилізації.

Методика:

- під час автоклавування у бікс кладуть ампулу з порошкоподібною речовиною температури плавлення 110—120 °С;

- після стерилізації, відкривши бікс, операційна медсестра перевіряє стан речовини у пробірці: якщо вона розплавилась, матеріал можна вважати стерильним, якщо не розплавилась — нагрівання було недостатнім, і такий матеріал не можна вважати стерильним.

ХІРУРГІЧНА ОПЕРАЦІЯ, ПІДГОТОВКА ХВОРОГО ДО ОПЕРАЦІЇ. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Поняття про хірургічну операцію

Оперативна хірургія — наука про хірургічні операції, що поєднує в собі техніку, способи і правила проведення оперативних втручань. Сучасні підходи до планування хірургічного втручання ґрунтуються на кваліфікації хірурга, технічному оснащенні та методологічних підходах до проведення операції.

Операція — це механічний вплив на тканини й органи хворого, що його виконано для діагностики (уточнення характеру патологічного процесу) і лікування. Хірургічна операція поділяється на три основні етапи: доступ, оперативний прийом і завершення операції. Будь-яку операцію починають із доступу. Характеризуючи хірургічний доступ, застосовують терміни “макротомія”, “міді-, мінітомія” і “мікротомія”. Макротомія — традиційний доступ класичної хірургії, що забезпечує широкий огляд і достатній кут операційних дій хірурга. Міді- або мінітомія — обмежений доступ, під час якого хірургічні дії здійснюють за допомогою спеціального подовженого інструментарію: глибинні ранорозширювачі, освітлювачі і подовжені інструменти-маніпулятори. При цьому хірургічне втручання виконують під безпосереднім візуальним контролем або за допомогою оптичних приладів. Мікротомія — крапкові розрізи і проколи, через які в порожнини або вглиб тканин вводять ендохірургічний інструментарій (порти, освітлювачі, степлери, маніпулятори). Втручання здійснюють у штучному газовому середовищі під контролем відеосистеми за допомогою спеціальних інструментів-маніпуляторів.

Оперативний прийом — основна частина операції, що включає маніпуляції на ураженому органі або тканині (резекція або видалення органа, накладання анастомозів, зашивання ран і т. д.).

Завершення операції (вихід з операції) — етап відновлення цілості тканини і шкіри, порушених у ході оперативного втручання, або внаслідок поранення якогось предметом.

Основні види оперативних втручань

Оперативні втручання поділяються на криваві, під час виконання яких порушується цілість шкіри, слизових оболонок, м'язів, інших тканин, а також різних органів, і безкровні, під час яких зовнішні покриви не порушуються. Розрізняють лікувальні та діагностичні операції. Лікувальні операції застосовують найчастіше, вони носять різний характер залежно від завдань, які ставить перед собою хірург. При цьому розрізняють декілька видів операцій.

1. За метою втручання:

- *радикальна операція* — видаляють уражений орган і людина виліковується (наприклад, при гострому апендициті проводять операцію апендектомія);

- *паліативна операція* — обмежені втручання, що полегшують стан хворого, коли вилікувати його неможливо (наприклад, накладання гастростоми при задавненому раку і непрохідності стравоходу);

- *операція вибору* — згідно з науковими уявленнями, щонайліпше забезпечує досягнення мети в інтересах хворого. Унаслідок лікувальної операції досягають лікувального ефекту;

- *діагностична операція* спрямована на уточнення діагнозу шляхом застосування того або того оперативного прийому з використанням діагностичних методів. Це так звані пробні операції (пробна лапаротомія) і пункційні біопсії. Операції, під час яких установлюють ступінь поширеності процесу і з'ясовують можливість радикального лікування, є пробними;

- *профілактична операція* спрямована на запобігання ускладненням (колостома — для профілактики кишкової непрохідності у разі раку кишок) або небажаним явищам (операції стерилізації).

2. За кількістю етапів:

- *одноетапна операція* — видалення ураженого органа виконують в один етап (холецистектомія);

- *двоетапні операції* — тяжкий стан хворого, тяжкість оперативного втручання або своєрідність перебігу патологічного процесу; іноді одноетапне втручання збільшує ризик несприятливого наслідку і операцію розділяють на два етапи (наприклад, у разі кишкової непрохідності, спричиненої пухлиною товстої кишки). У цьому разі спочатку виконують накладання розвантажувальної колостоми, а через декілька днів — радикальну операцію з приводу пухлини товстої кишки;

- *багатоетапні операції* частіше виконують у пластичній і відновлювальній хірургії під час формування і переміщення шкірних шматків на ніжці. При цьому хірургічне втручання проводять у декілька етапів;

- *повторні операції* виконують зазвичай у зв'язку з ускладненнями, наприклад, рецидив пухлини кишок, спайкова хвороба, післяопераційна грижа і т. д.;

- за кількістю одночасно виконаних операцій може бути одна або більше ніж дві операції — *симультанні операції*. Наприклад, герніотомія і видалення ліпоми бічної стінки живота, виконані одночасно.

3. За термінами виконання:

- *екстрені операції* — втручання, що їх здійснюють негайно або протягом декількох годин, тому що затримка проведення їх загрожує життю хворого або різко погіршує прогноз. Це кровотеча, асфіксія, гострі хірургічні захворювання (перфорація порожнистих органів, странгуляційна кишкова непрохідність та ін.);

- *термінові операції* — втручання може бути відкладене на невеликий термін (у межах доби) для уточнення діагнозу і підготовки хворого;

- *планові операції* виконують у різний термін після уточнення діагнозу і готовності хворого без шкоди для його здоров'я.

Передопераційний період. Його завдання

Передопераційний період починається від моменту доставляння хворого для виконання операції. Процедури передопераційного періоду (передопераційну підготовку) проводять, щоб зменшити ризик операції, вживши заходів для запобігання її ускладненням. Багато операцій на органах грудної клітки і черевної порожнини

загрожують життю хворого. Одним із засобів зменшення ризику оперативного втручання є передопераційна підготовка.

Завдання передопераційної підготовки:

- по можливості нормалізувати роботу внутрішніх органів або вивести їх на безпечний рівень функціонування;
- збільшити компенсаторні можливості організму;
- поліпшити загальний стан хворого.

Передопераційна підготовка повинна носити індивідуальний характер. Під час проведення передопераційної підготовки визначають:

- контингент хворих, які потребують передопераційної підготовки;
- тривалість, обсяг і методи проведення передопераційної підготовки.

Основну увагу приділяють:

- усуненню серцевої недостатності;
- відновленню об'єму циркулюючої крові;
- ліквідації причин дихальної недостатності;
- відновленню порушених функцій детоксикаційних органів (печінки, нирок);
- усуненню інтоксикації;
- усуненню анемії;
- нормалізації білкового та електролітного обміну.

Особливості підготовки хворих до планових і термінових операцій

У більшості хворих, яких госпіталізують у хірургічні відділення, виконують оперативні втручання.

Підготовка до планових операцій. З першого дня госпіталізації необхідно проводити психологічну підготовку хворого. Упевненість хворого в успішному наслідку операції, одужанні залежить не стільки від лікаря, скільки від середнього медичного персоналу, який постійно контактує з ним. Цьому сприяють позитивні емоції, музика, читання, бесіди у визначені години, рекомендовані лікарем. Значна роль належить перебуванню хворих, яких готують до операції, в одній палаті з хворими, які перенесли таку саму операцію і готуються до виписування.

У передопераційний період призначають седативні препарати (настоянка валеріани, еленіум, мепробамат, седуксен, тріоксазин та ін.), особливу увагу приділяють хворим, які тільки-но прибули у відділення і напередодні операції, тому що саме в цей час найчастіше виникають емоційно-стресові стани.

Під час опитування важливо з'ясувати, чи були у хворого алергійні реакції, які ліки уживав (особливо це стосується кортикостероїдних препаратів, антибіотиків, антикоагулянтів, барбітуратів). Серед елементів основного обстеження — вимірювання зросту і маси тіла хворого, клінічний аналіз крові й сечі, реакція Вассермана, визначення групи крові і резус-фактора, рентгеноскопія органів грудної клітки і спірометрія, електрокардіографія, дослідження калу на яйця глистів.

На операцію хворого доставляють натшесерце. Уранці виймають зубні протези, загортають їх у марлю і кладуть у тумбочку. Надягають шапочку або косинку (жінкам із довгим волоссям заплітають коси). Обов'язково спорожнюють сечовий міхур. Після премедикації хворого доставляють в операційну на каталці в супроводі медичної сестри. Не забути зняти помаду з губ хворої, лак з нігтів (заважають спостеріган-

ню), забрати під косинку волосся. Хворого або передають персоналові операційної на каталці, або допомагають перекласти його на операційний стіл.

Підготовка до термінових операцій. Термінові операції змушують якомога скоротити підготовку, провівши лише необхідну санітарну обробку (іноді обмежившись лише обмиванням забруднених частин тіла), продезінфікувати і поголити операційне поле без намилювання. Треба встигнути визначити групу крові, резус-фактор, виміряти температуру тіла. Із переповненого шлунка видаляють уміст за допомогою зонда, ставлять клізму. За наявності показань терміново налагоджують внутрішньовенне вливання, і хворого з підключеною системою доставляють в операційну, де продовжують вживати потрібних заходів уже під час анестезії та операції.

Передопераційна підготовка хворих із захворюваннями серця. Хворим із дифузними дистрофічними змінами міокарда перед операцією призначають оксигенотерапію, вітамінотерапію, корекцію метаболічних процесів у міокарді, висококалорійну дієту, що містить підвищену кількість вітамінів і білків зі зменшеною кількістю тваринних жирів, рідини, солі. Метою її є підвищення опірності організму. Оксигенотерапію рекомендують проводити в кисневому наметі. Найбільший ефект дає вдихання газової суміші, що містить 30—45 % кисню, тривалістю 30—40 хв, протягом дня — від 4 до 8 разів. Оксигенотерапія сприяє ліквідації гіпоксії міокарда, поліпшує стан серцево-судинної системи.

Передопераційна підготовка хворих із захворюваннями органів дихання. У разі захворювань органів дихання основні заходи передопераційної підготовки мають бути спрямовані на поліпшення функції зовнішнього дихання, зменшення запального процесу або усунення його, а також зменшення інтоксикації.

У лікуванні дихальної недостатності особливу увагу приділяють оксигенотерапії і дихальній гімнастиці. У комплекс дихальних вправ включають: 1) вправи на загальне розслаблення; 2) спеціальні вправи для дихання (рух ребер угору, розширення бічних відділів грудної клітки і дихальні рухи діафрагми); 3) контролювання фаз дихання і фізичного навантаження. До медикаментозної підготовки входить призначення відхаркувальних засобів і бронхолітиків.

Передопераційна підготовка хворих із захворюваннями сечової і статеві системи. Для поліпшення функції нирок передусім призначають дієту з обмеженою кількістю рідини, солі, тваринних білків (дієта № 7), що сприяє зменшенню набряків. Для збільшення діурезу застосовують сечогінні засоби (фуросемід, урегит, гіпотіазид). Методом боротьби з інфекцією є санація ротової порожнини з використанням антибактеріальних засобів.

Передопераційна підготовка хворих на цукровий діабет. При невеликих хірургічних утручаннях у хворих із компенсованими формами захворювання потреби в зміні звичайного режиму лікування зазвичай немає. У хворих із декомпенсацією перед операцією коригують процеси обміну і налагоджують інсулінотерапію. Під час підготовки до планової операції великого обсягу потрібно домогтися повної компенсації цукрового діабету. У день операції цим хворим вводять лише половину необхідної дози інсуліну. Хворих, які одержують протидіабетичні препарати перорально (за винятком тих, кому має бути проведена невелика операція), треба перевести на лікування інсуліном. Пероральні препарати знову призначають після загоєння операційних ран. У післяопераційний період медична сестра повинна регулярно відправляти на аналіз сечу і за призначенням лікаря — кров для своєчасної ліквідації небезпечних ускладнень.

Під час лікування хворих на цукровий діабет прагнути до створення спокійної обстановки, тому що несприятливі психологічні ситуації можуть призводити до декомпенсації діабету. При особливих психічних ситуаціях, що травмують хворого, застосовують транквілізатори.

При цукровому діабеті підвищена потреба в аскорбіновій кислоті і вітамінах групи В, нерідко розвивається гіповітаміноз, тому показане широке профілактичне застосування цих вітамінів.

Початкові явища гіпоглікемії легко усуваються вживанням вуглеводів (білий хліб, печиво, цукор). При гіпоглікемічній комі внутрішньовенно вводять 50 мл 40 % розчину глюкози (за відсутності ефекту — повторно).

Операції проводять натщесерце. Напередодні хворим дають легку вечерю. Очищену клізму ставлять напередодні усім хворим за відсутності протипоказань. Увечері перед операцією хворий приймає ванну, йому переминують постільну і натільну білизну. Про зміни в стані хворого, помічених медсестрою, варто доповісти лікареві; планові операції доцільно відкласти, якщо у хворої менструація, навіть при незначному підвищенні температури тіла, легкій застуді, появі гнояка на шкірі тощо.

Підготовка до операції з приводу черевної грижі. Спеціальної підготовки потребують хворі з великими грижами, які є у хворого досить тривалий час; при цьому в грижовий мішок входять черевні органи. Вправлення органів у черевну порожнину спричинює в ній підвищення тиску, зсув і підвищення діафрагми, що погіршує діяльність серця і легенів. Під час передопераційної підготовки протягом декількох днів хворих тренують; укладають у ліжку з опущеним головним кінцем, після вправлення грижі на ділянку грижових воріт прикріплюють бандаж, привчаючи організм до підвищення внутрішньочеревного тиску. Велике значення має очищення кишок: призначають проносні препарати, відповідну дієту, ставлять клізми, тому що після таких втручань іноді виникає парез кишок.

Підготовка до операції на шлунку залежить від загального стану хворого (зневоднення організму, виснаження, недокрів'я), характеру захворювання (виразка, рак, поліп), кислотності шлункового соку. Перед операцією хворого переводять на дієту, що містить якомога менше шлаків. При зниженій кислотності призначають шлунковий сік або хлористоводневу кислоту з пепсином. При підвищеній кислотності дають антацидні препарати, водно-сольові розчини. При порушенні евакуації зі шлунка у зв'язку з пухлиною, запальним або рубцевим процесом особливого значення набуває промивання шлунка перед сном слабким теплим розчином хлористоводневої кислоти або натрію гідрокарбонату (залежно від кислотності) до чистої води. Ця маніпуляція сприяє поліпшенню апетиту, зниженню інтоксикації, поліпшенню роботи шлунка у зв'язку з підвищенням тонуусу його стінок. При стенозі вранці у день операції зі шлунка зондом видаляють вміст.

Підготовка до операції на жовчних протоках і печінці. При порушенні функції печінки призначають безжирову дієту, вітаміни, глюкозу й інсулін. При obturаційній жовтяниці через дефіцит вітаміну D виникає схильність до кровотеч. Тому перед операцією призначають вікасол, кальцію хлорид. Переливають кров і плазму невеликими порціями. При операції на кишках основна роль належить звільненню кишок від калових мас, пригніченню кишкової мікрофлори для профілактики інфікування і запобігання розвитку недостатності швів. Хворий повинен дотримуватися суворої дієти протягом 3—4 днів: рідинна, напіврідинна, висококалорійна їжа з якомога меншою кількістю шлаків. Голодувати не слід, тому що це не тільки погіршує

загальний стан, але й порушує функцію кишок. Протягом 2—3 днів хворому дають перорально магнію сульфат, уранці і ввечері ставлять клізми, призначають антибіотики, що впливають на кишкову флору. При анемії, виснаженні, зневодненні організму переливають кров, білкові препарати, розчини електролітів.

Підготовка до операцій на прямій кишці та в ділянці відхідника (операції з приводу геморою, тріщин відхідника, нориць). Ретельно очищають кишки. Уранці перед операцією ставлять очисну клізму, причому після спорожнювання в пряму кишку вводять товсту гумову трубку для виведення промивних вод. Особливо ретельно виконують туалет промежини. Іноді в передопераційну підготовку входять ванни для промежини (у воду додають калію перманганат до рожевого кольору).

Підготовка до операцій на грудній залозі потребує загальної підготовки і ретельного гоління пахвових ямок.

Підготовку до операцій на легенях проводять переважно у профільних (пульмонологічних) відділеннях або клініках. Якщо хворих госпіталізують у загальнохірургічне відділення, доцільно помістити їх в окремі палати, тому що при хірургічних захворюваннях легенів у хворих нерідко відзначається висока гарячка, вони кашляють, виділяють багато мокротиння з неприємним запахом. Втрати білка у таких хворих потрібно поповнювати висококалорійною їжею, переливанням крові і кровозамінників. Для звільнення бронхового дерева від мокротиння застосовують дренажне положення (без подушки з опущеним головним кінцем ліжка хворий повертається в різні боки і намагається максимально відхаркнути мокротиння). Боротьбі із запальним процесом та інфекцією сприяють сульфаніламід, антибіотики, ферментні препарати, що їх застосовують у вигляді ін'єкцій, інгаляцій. Для трахеобронхового туалету проводять трахеобронхоскопію з відсмоктуванням секрету і введенням розчинів відповідних препаратів.

Перед операцією на стравоході з приводу непрохідності (пухлини, рубці після опіків) основна підготовка полягає в боротьбі з виснаженням, зневодненням (через порушене ковтання), порушенням усіх видів обміну і недокрів'ям за допомогою парентерального харчування, гемотрансфузії, призначення вітамінів, глюкози і антианемічних засобів. Іноді перед радикальною операцією, щоб налагодити харчування, вимушені накладати шлункову норицю. Іноді вдається зменшити порушення ковтання шляхом призначення атропіну, анестезину, розчину новокаїну всередину.

Підготовка хворих до операцій на кінцівках полягає переважно в оздоровленні, очищенні шкіри. При оперативних утручаннях на стопі рекомендується протягом декількох днів проводити місцеві теплі ванни зі слабким (0,5 %) розчином нашатирного спирту.

Підготовка хворих до операцій на щитоподібній залозі. Хворі на тиротоксичний зоб у край неврівноважені, дратівливі, їх нервово-психічна і серцево-судинна системи досить нестійкі. Якщо стан хворого тяжкий, призначають ліжковий режим. Виснаженим хворим призначають 40 % розчин глюкози та інсулін внутрішньовенно. Для нормалізації сну, зняття порушення та емоційної напруженості застосовують броміди, валеріану, аміназин, седуксен, димедрол, піпольфен. Для зменшення явищ тиротоксикозу призначають препарати, що гальмують функцію щитоподібної залози. Після операції існує небезпека виникнення недостатності надниркових залоз, у зв'язку з чим за 1—2 дні до операції вводять гідрокортизон.

Підготовка хворих до операцій на сечових органах. Поряд з характерною для загальнохірургічних утручань підготовкою вживають заходів щодо поліпшення виділь-

ної функції нирок (сечогінні засоби), пригнічення і профілактики сечової інфекції (антибіотики, уросептики та ін.), призначають безбілкову безсольову дієту. Іноді операції передують введення постійного катетера.

Передопераційна підготовка хворих літнього і старечого віку. Люди літнього віку важче переносять операцію, у них підвишена чутливість до деяких лікарських речовин, схильність до різних ускладнень у зв'язку з віковими змінами і супутніми захворюваннями. Привертає увагу пригніченість, замкненість, уразливість психіки у цієї категорії хворих. Уважне ставлення до скарг, доброта і терпіння, пунктуальність у виконанні призначень заспокоюють їх, уселяють віру в позитивні наслідки. Особливе значення має дихальна гімнастика. Атонія кишок і, як наслідок, закрепи потребують відповідної дієти, призначення проносних. У чоловіків літнього віку часто трапляється простатит (аденома) з утрудненням сечовипускання, у зв'язку з чим за показаннями сечу в них виводять катетером. Через слабку терморегуляцію призначають теплий душ, доводячи температуру води у ванні тільки до 37 °С. Після ванни хворого добре витирають, тепло вдягають і укривають. Не можна залишати хворих у ванній кімнаті без догляду. На ніч дають половинну дозу снодійних із групи барбітуратів, доповнюючи їх заспокійливими та антигістамінними препаратами (броміди, димедрол); при премедикації — морфін, що пригнічує дихальний центр, його замінюють пантопоном або промедолом.

Передопераційний період: догляд за шкірою, санация ротової порожнини, гоління волосся, очищення кишок за допомогою клізм, гігієна білизни та одягу хворого

Перед госпіталізацією хворий проходить санітарну обробку. Він приймає душ у приймальному відділенні, після чого перевдягається у лікарняний одяг. Тяжкохворого миє персонал лікарні у ванні.

Ротову порожнину хворі прополіскують 1 % розчином калію перманганату чи натрію гідрокарбонату, а зуби та ясна тяжкохворим медсестра протирає марлевою кулькою. Очі протирають ватно-марлевою кулькою, змоченою перевареною водою, а за наявності бактеріального запалення кон'юнктиви в її мішок закачують розчин чи вносять мазь, що містить сульфаніламідів чи антибіотики.

Ходячі хворі голяться самі, а лежачих голить перукар, дотримуючи всіх профілактичних заходів щодо інфекції. У день операції молодші медсестри широко збригають волосся з майбутнього операційного поля і навколо нього з урахуванням можливого розширення доступу (при черевнопорожнинних операціях голять лобок, при операції з приводу грижі — промежину, стегна і т. д.). Напередодні операції голити не слід: волосся відростає, а дрібні садна можуть інфікуватися. Перед голінням шкіру протирають дезінфекційним розчином і дають їй підсохнути, а після гоління протирають етиловим спиртом.

Для ходячих хворих у туалетних кімнатах створюють умови для підмивання після дефекації та для обмивання ділянки статевих органів увечері та вранці. Лежачих хворих підмивають молодші медичні сестри: під сідницю хворого (на простелену на ліжку клейонку) підставляють судно і медсестра однією рукою виливає з глечика або кувалди Есмарха теплу воду на промежину хворого, а другою, в якій тримає корнцанг із тампоном, миє соромітні губи і ділянку відхідника. Завершує процедуру підмивання висушуванням шкіри чистою серветкою.

Клізма (з грец. klisma — промивання) — це процедура уведення рідини в товсту кишку за допомогою різних пристосувань. За допомогою клізми вводять рідину в нижній відділ товстої кишки з лікувальною і діагностичною метою. Розрізняють клізми очисні, сифонні, лікувальні і краплинні.

Очисну клізму застосовують для очищення кишок від калових мас і газів.

Показання:

- затримка випорожнень;
- підготовка до рентгенологічного дослідження;
- харчові інтоксикації;
- перед постановкою лікувальної і краплинної клізми.

Противпоказання:

- запальні явища в товстій кишці;
- геморой, що кровоточить;
- випадання прямої кишки;
- шлункові і кишкові кровотечі.

Необхідне оснащення:

- кухоль Есмарха;
- гумовий, емальований або скляний резервуар об'ємом до 2 л з гумовою трубою, на кінці якої є кран, що регулює надходження води;
- скляний або ебонітовий наконечник, чисто вимитий і прокип'ячений;
- вазелін;
- шпатель (паличка) для змащування наконечника вазеліном;
- відро чи таз.

Послідовність дій:

1. Перед застосуванням перевірити наконечник (чи не зламані краї) і змастити його вазеліном.
2. Наповнити кухоль Есмарха на 2/3 водою кімнатної температури.
3. Закрити кран на гумовій трубці.
4. Відкрити кран на трубці і випустити небагато води для заповнення системи.
5. Знову закрити кран на трубці.
6. Підвісити кухоль Есмарха на штатив.
7. Укласти хворого на кушетку або ліжко ближче до краю на лівий бік із зігнутими і приведеними до живота ногами.
8. Під сідниці підкласти клейонку, вільний край її опустити у відро чи таз.
9. Зняти кухоль Есмарха зі штатива і тримати нижче від краю ліжка.
10. Відкрити кран на гумовій трубці, випустити небагато рідини і повітря, закрити кран.
11. Розсунути сідниці й обертальним рухом обережно увести в пряму кишку наконечник.
12. Відкрити кран на гумовій трубці і підняти кружку Есмарха вище від ліжка.
13. Поступово вводити воду в пряму кишку.
14. Стежити за станом хворого: з появою болю в животі або позивів до спорожнення кишок кухоль Есмарха опустити, щоб вивести повітря з кишок.
15. Після того як хворий заспокоїться, знову підняти кухоль вище від ліжка і тримати доти, доки не вийде майже вся рідина.
16. Залишають небагато рідини, щоб не вводити повітря з кувля в кишки.

17. Обережно вивести обертальним рухом наконечник із прямої кишки при закритому крані.
18. Хворий повинен лежати протягом 10 хв.
19. Ходячий хворий іде в туалетну кімнату і там спорожнює кишки.
20. Лежачому хворому підкладають судно.
21. Після спорожнювання кишок хворого підмити.
22. Накрити підкладне судно клейонкою і винести в туалетну кімнату.
23. Укласти хворого в зручне положення і накрити ковдрою.
24. Кухоль Есмарха добре вимити і продезінфікувати 3 % розчином хлораміну.
25. Наконечник ретельно вимити гарячою водою з милом.
26. Зберігати наконечники в чистих банках, дно яких заповнене ватою; перед застосуванням наконечники прокип'ятити.

Дія очисної клізми м'яка. При цьому спорожнюється тільки нижній відділ кишок. Уведена рідина впливає на кишки механічно, термічно і хімічно, що значно посилює перистальтику, розпушує калові маси і полегшує їх виведення. Клізма діє через 10 хв і хворому не доводиться натужуватися.

Основні принципи догляду за хворими у післяопераційний період

Післяопераційний період — це час від проведення операції до одужання хворого або виписування його зі стаціонару. Післяопераційний період поділяється на такі періоди: ранній — 3—5 діб, пізній — 2—3 тиж., віддалений — до відновлення працездатності.

Завданнями післяопераційного періоду є профілактика і лікування післяопераційних ускладнень, прискорення процесів регенерації, відновлення працездатності.

Розрізняють нормальний і ускладнений перебіг післяопераційного періоду. У післяопераційному стані хворого виділяють три фази (стадії): катаболічну, зворотного розвитку і анаболічну.

Катаболічна фаза триває 3—7 діб і є захисною реакцією організму. Мета її — стимулювати роботу захисних механізмів організму шляхом швидкої доставки необхідних енергетичних і пластичних матеріалів. Вона характеризується активацією симпатико-адреналової системи, гіпоталамуса і гіпофіза, підвищеним рівнем розпаду білків. При цьому хворі втрачають масу тіла. Клінічні прояви катаболічної фази позначаються на діяльності нервової, серцево-судинної, дихальної систем, функціях печінки і нирок.

Фаза зворотного розвитку триває 4—6 діб. Нормалізується білковий обмін. Знижується виділення калію із сечею. Відновлюється водно-електролітний баланс. Ознаками фази зворотного розвитку є зникнення болю, нормалізація температури тіла, поява апетиту. Хворі стають активними. Шкірні покриви набувають звичайного кольору, дихання стає глибоким, нормальної частоти, частота пульсу також нормалізується. Відновлюється діяльність травного тракту: з'являються кишкові шуми, починають відходити гази.

Анаболічна фаза триває 2—5 тиж., що залежить від вихідного стану хворого, тяжкості операції, наявності ускладнень. Характеризується нормалізацією обмінних процесів у організмі та функцій органів і систем, збільшенням маси тіла, проте повне відновлення маси тіла інколи триває декілька місяців.

Після операції хворих доставляють у відділення або палату інтенсивної терапії. Тут потрібно ознайомити студентів з обладнанням для спостереження за хворими і реєстрації частоти пульсу, ЕКГ, ЕхоЕГ та ін. У експрес-лабораторії стежать за рівнем гемоглобіну, значенням гематокриту, концентрацією електролітів, білків крові, ОЦК, кислотно-основним станом.

Звертають увагу на виконання “правила трьох катетерів”: катетер у носі (кисень), катетер у вені, катетер у сечовому міхурі, а у непритомних хворих — зонд у шлунку для парентерального харчування (“правило чотирьох катетерів”).

Стан хворого, дані суб’єктивного, об’єктивного та спеціальних методів обстеження записують в історію хвороби (у щоденник).

Догляд і спостереження за хворим після місцевої анестезії. Потрібно мати на увазі, що у деяких хворих підвищена чутливість до новокаїну, тому після операції під місцевим знеболюванням у них можуть виникнути загальні розлади: слабкість, зниження АТ, тахікардія, блювання, ціаноз. У такому разі потрібно увести підшкірно 1—2 мл 10 % розчину кофеїну, внутрішньовенно — 20 мл 40 % розчину глюкози, 500—1000 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Зазвичай через 2—4 год всі явища інтоксикації минають.

Догляд і спостереження за хворим після загального наркозу. Хворого вкладають у ліжко на спину з поверненою на бік головою (щоб запобігти западанню язика) на 4—5 год без подушки, обкладають грілками. Будити хворого не потрібно. Відразу ж після операції на ділянку операційної рани бажано покласти гніт або гумовий міхур з льодом на кілька годин. Вплив гніту і холоду на оперовану ділянку посприяє здавлюванню та звуженню дрібних кровоносних судин, запобігатиме накопиченню крові в тканинах операційної рани. Холод тамує біль, запобігає ускладненням, знижує процеси обміну, завдяки чому тканини легше переносять недостатність кровообігу, спричинену операцією. Доти, доки хворий не прокинеться і не опритомніє, медична сестра повинна бути біля нього невідступно, спостерігати за його загальним станом, зовнішнім виглядом, АТ, пульсом, диханням.

Догляд за хворим у разі виникнення блювання після наркозу. У перші 2—3 год після наркозу хворому не дають ні пити, ні їсти. З появою блювання його голову повертають на бік, до рота підставляють лоток або підкладають рушник, з ротової порожнини видаляють блювотні маси, щоб запобігти аспірації, а надалі — ателектазу легенів. Після блювання рот протирають вологим тампоном. У разі блювання після наркозу рекомендується увести під шкіру 1—2 мл 2,5 % розчину аміназину, 1 мл 2,5 % розчину дипразину.

Профілактика ускладнень з боку органів дихання. Для запобігання легеневим ускладненням важливо захистити хворого від охолодження під час транспортування його з операційної в палату. Його потрібно вкрити, укутати, тому що в операційній температура повітря вища, ніж у коридорах, а під час транспортування можливі протяги.

Для профілактики ускладнень з боку органів дихання потрібно вжити активних заходів для поліпшення дихального процесу: поставити банки на груди, спину. Відразу ж після пробудження хворого від наркозу потрібно змусити його періодично робити глибокі вдихи і видихи, рухи верхніх і нижніх кінцівок. Медична сестра повинна терпляче пояснювати пацієнтові про необхідність і безпеку глибокого дихання. Хворим пропонують надувати гумові кулі, відкашлюватися. Під час кашлю хворий повинен покласти руку на ділянку рани і, притримуючи її, зігнути ноги в колі-

нах. Уведення наркотичних і безпечних засобів має велике значення для посилення глибини дихання. Для поліпшення кровообігу і запобігання післяопераційним легенеvim ускладненням хворому призначають камфорну олію по 2—3 мл до 3—4 разів на добу (обов'язково підігріту). У палаті для тяжких післяопераційних хворих постійно повинні бути подача кисню, відсмоктувач.

Догляд за хворим після операції на органах черевної порожнини. Після операції на органах черевної порожнини під місцевим знеболюванням хворого потрібно вкласти в ліжко так, щоб рані надати спокій. Якщо хірург не дав спеціальних указівок, найзручнішим буде положення з піднятим головним кінцем ліжка і злегка зігнутими ногами. Таке положення сприяє розслабленню черевної стінки, забезпечує спокій операційній рані, поліпшує дихання і кровообіг.

Догляд за хворим після операції на шлунку. Після операції на шлунку медична сестра повинна пам'ятати про можливі тяжкі післяопераційні кровотечі, причому такий яскравий симптом, як криваве блювання, не завжди є, і кровотеча може бути з переважанням загальних симптомів: блідість шкірних покривів, зміна наповнення та частоти пульсу, зниження АТ.

Догляд за хворими з гастростомою. Гастростому — нориця шлунка — найчастіше накладають при непрохідності стравоходу (рак, рубцеві звуження внаслідок опіків та ін.). Через стому їжа надходить безпосередньо в шлунок, минаючи ротову порожнину і стравохід. Медсестра повинна стежити за тим, щоб трубка не випала, особливо найближчими днями після операції, коли ще не сформувався канал. Якщо це сталося, не намагатися увести трубку, що випала, тому що введення наосліп може призвести до потрапляння трубки не в шлунок, а у вільну черевну порожнину, що загрожує розвитком перитоніту. Після сформування нориці і зняття швів навчити хворого уводити трубку самостійно. Після кожного споживання їжі робити туалет шкіри навколо нориці. Для запобігання подразненню шкіру змащують індиферентними мазями (цинковою, пастою Лассара та ін.).

Догляд за хворим після операції на товстій кишці. Велике значення має правильний режим харчування. У цих хворих особливо небезпечним є завантаження кишок і спричинення ранньої перистальтики. Годувати хворого потрібно суворо за призначенням лікаря.

Догляд за хворим із кишковими норицями. При непрохідності кишок часом для спорожнювання їх накладають норицю або тимчасову (якщо надалі передбачається проведення радикальної операції для усунення причини непрохідності і наступного закриття нориці), або постійну (якщо пухлина не підлягає видаленню або після видалення пухлини відновити природну прохідність не вдалося). Залежно від місця накладання нориці змінюється і характер випорожнень: із нориці на тонкій кишці (ентеростома) вони будуть іншими, а на дистальних відділах товстої кишки — оформленими (з нориці сліпої кишки — цекостоми — досить рідинне). Хворого із кишковою норицею потрібно часто перев'язувати, щоб запобігти подразненню і запаленню шкіри навколо неї. Пов'язку накладати так, щоб вона не сповзала під час рухів. Педантичне дотримання чистоти — обов'язкова умова під час догляду за хворими з кишковими норицями. Після кожного спорожнювання на слизову оболонку кишки протиприродного відхідника, що виступає, покласти серветку, змочену вазеліновою олією, зверху неї марлеві серветки і вату. Закріплювати пов'язку краще бинтами або спеціальними бандажами. Застосовувати клеол, пластир не рекомен-

дується, тому що часта переміна, застосування клейових пов'язок призводить до подразнення шкіри, дерматиту.

Догляд за шкірою навколо кишкової нориці. Мацерація, розм'якшення і розпушення шкіри навколо нориці спричинює болісні відчуття у хворого. Основною причиною мацерації є дія ферменту підшлункової залози, що виділяється з кишковим умістом (найчастіше при тонкокишкових норицях). Тому для захищення шкіри від дії кишкового вмісту в пасти і мазі додають молочну кислоту, натрію гідрокарбонат, що сприяє нейтралізації трипсину під час потрапляння його на шкірний покрив. Для зміцнення шкірного покриву і надання йому більшої міцності застосовують водний розчин таніну (10 %), яким змашують ділянки шкіри, уражені дерматитом. Застосовують присипки сухого таніну, гіпсу, тальку, каоліну; мазь деситин, яка сприяє утворенню кірки, що захищає шкіру від ферментів. Кишковий уміст, потрапляючи на кірку, стікає з неї (при відкритому методі лікування) або всмоктується пов'язкою, що закриває норицю.

Догляд за кишковою норицею після загоєння операційної рани. Після сформування нориці і загоєння операційної рани для зменшення подразнення шкіри навколо нориці корисно проводити щоденні ванни, що сприяє ліквідації дерматиту, який часто виникає. Відтепер хворих навчають користуватися калоприймачем. При затримці випорожнень може виникнути потреба у клізмі. Медична сестра надягає рукавички, уводить палець спочатку у проксимальний відділ кишок пацієнта, а потім уводить наконечник і вливає 500—600 мл води або 150—200 мл вазелінової олії, що сприяє відходженню калових мас.

Догляд за хворим після операцій на відхідникові і прямій кишці. Догляд за хворими, оперованими з приводу захворювань прямої кишки і відхідника — геморою, поліпів, тріщин, дещо відрізняється. Усі ці операції зазвичай завершуються введенням у пряму кишку олійних тампонів і гумової трубки. Приймаючи хворого після операції, медична сестра повинна знати, що пов'язка може просякати кров'ю і маззю, тому ліжко хворого потрібно відповідним чином підготувати, матрац захистити клейонкою. Для пригнічення перистальтики і штучної затримки дефекації дають настоянку опію по 7 крапель 3 рази на день протягом 5 днів, а іноді й довше залежно від характеру втручання. За цей час ранові поверхні починають виповнюватися грануляціями, що є хорошим бар'єром для інфекції. Після відміни опію для полегшення акта дефекації хворому дають (за призначенням лікаря) вазелінову олію всередину по столовій ложці 2—3 рази на день. Перев'язку змінюють на 3-ю добу після операції. Вона дуже болісна, тому для зменшення болю за 30—40 хв до перев'язки хворому вводять розчин пантопону або промедолу під шкіру, а щоб менш травматично відійшли тампони, перев'язку виконують після сидячої ванни з розчином калію перманганату.

Надалі, до виписування, хворий після дефекації приймає сидячу ванну, після чого роблять перев'язку. Палатна медсестра піклується, щоб у перев'язувальній було все для такої перев'язки, тому що вона може знадобитися в будь-який час, навіть уночі.

Догляд за хворим після операцій на жовчних протоках. Деякими специфічними нюансами відрізняється догляд за хворими, оперованими на печінці і жовчних протоках. Ці хворі нерідко хворіють на жовтяницю, при якій знижується здатність крові згортатися. Це потрібно мати на увазі у зв'язку з можливістю післяопераційних кровотеч і, отже, особливо уважно стежити за пов'язкою, показниками пульсу й АТ.

Оперативні втручання на печінці і жовчних протоках призводять до більш вираженого обмеження рухливості діафрагми, тому що печінка міститься в безпосередній близькості до неї. З огляду на це, вживають усіх заходів для профілактики ускладнень з боку легенів — насамперед проведення дихальної гімнастики, уведення кисню, застосування знеболювальних засобів тощо.

Особливості догляду за онкологічним хворим. Специфічністю догляду за хворим зі злякисними новоутвореннями є потреба в особливому психологічному підході. Щодо окремих хворих термінів “рак”, “саркома” варто уникати і замінювати їх словами “виразка”, “звуження”, “ущільнення” тощо. Потрібно бути обережними у спілкуванні не тільки з хворим, але й з його родичами. Онкологічні хворі мають дуже лабільну, уразливу психіку, що потрібно мати на увазі на всіх етапах догляду за ними. Якщо потрібна консультація фахівців іншої медичної установи, то разом із хворим туди направляють лікаря або медичну сестру, яка перевозить документи. Якщо такої можливості немає, документи надсилають поштою на ім'я головного лікаря або видають родичам хворого в запечатаному конверті.

Справжній діагноз можна повідомити тільки найближчим родичам хворого. Намагатися ізолювати хворих із за давними пухлинами від хворих із іншими хворобами. Бажано, щоб хворі зі злякисними пухлинами початкових стадій або передраковими станами не зустрічалися із хворими, в яких є реzydиви і метастази. В онкологічному стаціонарі новоприбулих хворих не варто поселяти в палати, де є хворі з пізніми стадіями захворювання. Під час спостереження за онкологічними хворими велике значення має регулярне зважування їх, тому що зменшення маси тіла є однією з ознак прогресування хвороби. Регулярне вимірювання температури тіла дає змогу виявити розпад пухлини, реакцію організму на опромінення. Показники вимірювання маси тіла і температури тіла заносять до історії хвороби або в амбулаторну карту хворого. При метастатичних ураженнях хребта, що нерідко виникають при раку грудної залози або легенів, призначають ліжковий режим, під матрац кладуть дерев'яний щит, щоб уникнути патологічних переломів кісток. Під час догляду за хворими з неоперабельними формами раку легенів велике значення мають перебування на повітрі, нестимливі прогулянки, часте провітрювання приміщення, тому що хворі з обмеженою дихальною поверхнею легенів потребують чистого повітря.

Профілактика ускладнень

У перші дві доби після операції можуть виникнути такі ускладнення, як кровотеча, шок, асфіксія, дихальна недостатність, порушення водно-електролітного балансу, олігурія, анурія, парез кишок.

На 3-ю—8-у добу після операції можуть виникнути серцево-судинна недостатність, пневмонія, тромбофлебіт, тромбоемболія легеневої артерії, гостра печінкова недостатність, нагноєння рани. Кожне із цих ускладнень потребує з'ясування причини, усунення її, нерідко консультації терапевта, кардіолога, анестезіолога, нефролога, активного залучення їх до лікувального процесу.

Важливе значення у післяопераційний період має профілактика тромбоемболічних ускладнень, яка включає ранню активізацію хворого, використання фраксипарину — 0,3 мл протягом 7 діб.

Профілактики нудоти і блювання з можливою аспірацією блювотних мас і розвитком асфіксії, запалення легенів досягають поверненням голови на лівий бік,

надалі полосканням ротової порожнини перевареною водою. При порушенні дихання, появі надсадного кашлю негайно покликати лікаря.

У профілактиці нагноєння ран потрібно стежити за гігієною тіла хворого, одягу, постільної білизни. Великі рани обов'язково закривають стерильними пелюшками. Забруднену білизну, простирадло, пелюшки потрібно перемінювати, бо кров, виділення з ран є добрим поживним середовищем для мікробів. Усе назване належить до обов'язків молодшої медсестри.

Профілактика запальних процесів ротової порожнини (глосит, гінгівіт, паротит) полягає в допомозі тяжкохворим у догляді за ротовою порожниною: полоскання після споживання їжі, регулярне чищення зубів, стежити, щоб слизова оболонка не пересихала, активно виділялася слина. Це також входить до обов'язків молодшої медичної сестри.

Тривале лежаче положення є вимушеним наслідком тяжкого перебігу багатьох гострих і хронічних захворювань. Тривале лежання або нерухомість хворого не таке безпечне, як це видається на перший погляд. Нерухомість спричинює дуже багато серйозних ускладнень, які істотно погіршують наслідки лікування основного захворювання і є загрозливими захворюваннями, що спричинюють інвалідизацію хворого. Нижче наведено основні проблеми, що виникають унаслідок тривалого лежання, і заходи, спрямовані на профілактику їх.

Під час лежання шкіра піддається значному впливові від тертя білизни, від здавлювання між тканинами людського тіла (м'язи, кістки та ін.) і поверхнею матраца, від крихт, складок білизни, від поту, сечі й багато чого іншого. У пацієнтів можуть з'явитися попрілості, пролежні, подряпини шкіри, надмірна сухість або вологість її. Шкіра стає більш чутливою до температури навколишнього повітря, лежачі хворі часто мерзнуть, погано переносять провітрювання приміщення, переміну натільної і постільної білизни. До профілактики належать часта і регулярна гігієнічна обробка шкіри, підбір теплового, легкого одягу, який добре пропускає повітря і не спричинює потіння. Молодша медсестра допомагає медичній сестрі повертати хворого, підкладати під крижі й сідниці гумовий круг або мішечок з просом, під п'ятки — ватно-марлеві кружечки. Медсестра стежить, щоб простирадло було сухим, без складок, у ліжку не повинно бути крихтів хліба, бруду.

Для поліпшення кровопостачання крижі, сідниці, шкіру вздовж хребта, ділянки лопаток протирають камфорним спиртом двічі на добу. Повертаючи тяжкохворих, щодня оглядають місця, небезпечні для появи пролежнів. У разі виявлення почервоніння шкіри, відходження епідермісу потрібно повідомити лікаря і ретельніше доглядати хворого. Травмоване місце обробити 1 % розчином брильянтового зеленого. Останнім часом для профілактики пролежнів використовують спеціальні багатосекційні та інші протипролежневі матраци.

Для профілактики попрілостей, дерматиту, особливо у хворих з ожирінням, цукровим діабетом, медсестра допомагає протирати пахвинні складки 50–70 % етиловим спиртом, присипати тальком, з появою дерматиту — змащувати цинковою маззю.

Під час лежання частина судин, особливо нижніх кінцівок, піддається частковому або повному стисканню. Відсутність активних рухів і м'язових скорочень, унаслідок яких кров витікає з венозного русла, зменшує швидкість кровотоку. Зменшення кровотоку спричинюють також паралічі й парези. Це може призвести до утворення тромбу в судині. Тромб — це згусток крові, що частково або повністю

закупорює просвіт судини. Зазвичай тромби утворюються в системі глибоких вен нижніх кінцівок, що може проявлятися болем, набряком, а найголовніше те, що тромб може відірватися і з течією крові дійти до легенів і закупорити просвіт легеневої артерії. Нерідко це закінчується для пацієнтів смертю або тяжкою інвалідністю.

Профілактика тромбозу полягає у створенні підвищення для нижніх кінцівок і бинтуванні ніг еластичними бинтами.

Якщо немає протипоказань, застосовувати гімнастику для ніг. Особливо ефективними є вправи, коли у положенні лежачи на спині з піднятими вгору ногами пацієнт робить колові рухи на манер їзди на велосипеді.

У разі тривалого лежання значно слабшає тонус судин. Це призводить до того, що зміна положення, наприклад, з лежачого в напівсидяче або сидяче, у пацієнта може різко знизити АТ. А при спробі підвестися пацієнт може знепритомніти. Розвивається так званий ортостатичний колапс. У горизонтальному положенні об'єм легенів під час вдиху зменшується порівняно з вертикальним положенням. Відсутність активних рухів і зменшення об'єму легеневої вентиляції призводить до зниження кровотоку і застійних явищ у легеневій тканині. Мокротиння стає в'язким, погано відкашлюється. Воно накопичується і посилює застійні явища в легенях. Усе це призводить до розвитку інфекційно-запального процесу в легенях.

Профілактика полягає в активних рухах пацієнта в ліжку і проведенні дихальної гімнастики.

Відсутність активних рухів під час лежання знижує тонус травного тракту, особливо товстої кишки, що, своєю чергою, призводить до закрепів або складної дефекації. Лежачі хворі змушені робити акт дефекації в незвичному утрудненому положенні, часто в присутності сторонніх осіб. Це спричинює пригнічення позиву на дефекацію. Деякі хворі затримують акт дефекації, тому що соромляться звертатися по допомогу до сторонніх осіб. Закрепи і млявість травного тракту можуть призвести до порушення травлення, що зазвичай відбивається спочатку на обкладеному язичі, неприємним запахом з рота, відсутністю апетиту, легкою нудотою. Розвивається калова інтоксикація. Нерідко закрепви змінюються проносами. Через декілька місяців лежання травний тракт стає дуже сприйнятливим до змін дієти і до інфекції, тобто в таких людей швидше виникають порушення травлення порівняно з людиною, що веде активний спосіб життя.

Профілактика цих ускладнень полягає у створенні комфортних умов для фізіологічних відправлень, у гімнастиці передньої черевної стінки живота, дотриманні відповідної дієти.

Досвід підтверджує, що відсутність рухів, унаслідок яких м'язи скорочуються і розслаблюються, призводить до зменшення м'язової маси (атрофії м'язів), що за повної нерухомості становить до 3 % загальної м'язової маси на добу. Це означає, що більше ніж через 1 міс. постійного нерухомого лежання у пацієнта повністю атрофують м'язи, і навіть, якщо з'явиться можливість рухатися, то без сторонньої допомоги він цього зробити не зможе.

Профілактика полягає в регулярному виконанні комплексу гімнастичних і фізичних вправ. Унаслідок тривалого нерухомого стану кінцівок виникають контрактири — обмеження активних і пасивних рухів у суглобах, що призводить до тяжких функціональних розладів: хворий не спроможний самотійно пересуватися (якщо уражені колінні або кульшові суглоби), обслуговувати себе і працювати (якщо ура-

жені суглоби кисті й ліктя). Втрата м'язової активності тягне за собою обмеження рухливості суглобів. Контрактури легше запобігти, аніж вилікувати. Щоб запобігти розвитку контрактури, потрібно якомога раніше розпочати виконувати активні і пасивні гімнастичні вправи, по можливості, усіх суглобів, особливо тих, які перебувають у малорухомому стані. При цьому варто уникати грубих насильницьких пасивних рухів, що спричинюють біль і рефлекторний спазм м'язів. Якщо хворий лежить нерухомо досить тривалий час, профілактика контрактур не проводиться, то не виключена повна втрата рухомості суглобів через розвиток контрактур та анкілозу. Тугорухомість суглоба спричинює болючий синдром при спробі залучити суглоб до дії. Хворий починає додатково шадити хворий суглоб і тим самим посилює його нерухомість. У такому разі потрібно вдатися до поєднання фізичних вправ з уживанням знеболювальних препаратів. За відсутності рухів і фізичних навантажень у кістках розвивається остеопороз. Відомо, що в трубчастих кістках міститься червоний кістковий мозок, у якому утворюються клітини крові, зокрема тромбоцити, відповідальні за згортання крові. У разі зниження фізичної активності знижується вироблення тромбоцитів та інших клітин крові.

Харчування хворих

Посилени катаболічні процеси в організмі прооперованого пацієнта потрібно компенсувати введенням відповідної кількості енергоносіїв у вигляді натуральних харчових продуктів чи енергомістких розчинів поживних речовин. Хворі, оперовані з приводу поверхневих патологічних процесів, особливо під місцевим знеболюванням, енергетичні затрати поповнюють за рахунок природного харчування.

Їжа має бути високої енергетичної цінності, легко засвоюватись. Хворих, яким виконано великі за обсягом операції на органах травного тракту і які не спроможні харчуватися природним шляхом протягом 3—5 діб (через парез моторної функції кишок та ризик розвитку недостатності анастомозу), а також після великих оперативних утручань на мозку, серці, трансплантації органів протягом перших кількох діб (3—5 діб) харчують переважно парентеральним шляхом аж поки не відновиться функція травного тракту та інших систем.

Для парентерального харчування використовують переважно 10 % розчин глюкози з інсуліном (1 ОД інсуліну на 4 г глюкози, проте не більше ніж 3 г глюкози на 1 кг маси тіла), а також ксиліт, сорбіт, фруктозу, які всмоктуються без інсуліну. Потреби в білках задовольняються вливанням сумішей амінокислот. Рідше застосовують жирові емульсії. Хворим у дуже тяжкому стані іноді вводять 20 % розчин етанолу (30 г), енергетична цінність якого дуже висока.

Парентеральне харчування хворих із нормальною функцією травного тракту з перших діб після операції доповнюють ентеральним. Останнє може бути або пероральним, або у разі операції на стравоході, шлунку — через уведений у тонку кишку чи шлунок назогастральний зонд. У шлунок чи кишки вводять рідинні високої енергетичної цінності харчові суміші (бульйон, суміш глюкози з яйцем та молоком тощо). Важливим елементом післяопераційного харчування є задоволення потреб організму у вітамінах, зокрема С, групи В, А.

Проте парентеральне харчування не спроможне нормалізувати азотистий баланс організму хворого, тому треба намагатися якомога раніше підключати ентеральне харчування. Показаннями до нього є нормалізація моторної функції кишок (ліквідація їх парезу) та відновлення самостійних випорожнень.

**ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ, ЙОГО РОЛЬ
У ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ
В УМОВАХ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ**

Тема 17

**РОЛЬ ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ ДІТЬМИ
В ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ.
СТРУКТУРА І ФУНКЦІЇ ПЕДІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ ТА ПОЛІКЛІНІКИ**

**Особливості деонтології в роботі з дітьми
та їхніми родичами**

Деонтологічні принципи в педіатрії мають урахувувати своєрідність дитячої психіки, яка в кожному віковому періоді є різною. Тому важливо пам'ятати, що ефективність лікування хворої дитини визначається не тільки точною діагностикою хвороби, а й розумінням психологічних особливостей самої дитини. Треба враховувати усі чинники, які беруть участь у формуванні особистості дитини, — генетичні, екзогенно-органічні, зовнішнього середовища (переважно родинні). Через це для ліпшого розуміння стану дитини необхідно знати як її індивідуальні психологічні особливості, так і обставини та проблеми, які, можливо, є в родині.

Ставлення до дітей, які перебувають на стаціонарному лікуванні, має бути доброзичливим, і дотримуватися цього потрібно з перших днів перебування дитини в лікарні. Під час спілкування з дитиною та її батьками велике значення має чуйне ставлення до них, прагнення зрозуміти їхні переживання. Особливої уваги потребують матері, які годують дитину груддю. Треба пам'ятати, що негативні емоції шкідливо впливають на процеси лактації, можуть призвести до її зниження і, як наслідок, до переведення малюка на штучне годування, що у більшості випадків ускладнює перебіг хвороби. Тому під час бесід із матір'ю щодо стану здоров'я дитини потрібно бути відвертими, але не перебільшувати негативні наслідки перебігу хвороби або лікування і в будь-якому разі вселяти в неї впевненість в одужання дитини. Різний культурний рівень і характерологічні особливості батьків потребують від лікаря та медичного персоналу великого терпіння і дипломатичності для створення гармонії, що базується на доброті й повазі один до одного. Людина, яка присвятила себе медицині, має бути готовою до цього. Особливого такту потребують випадки, коли дитина невиліковно хвора (уроджені вади, онкологічні захворювання тощо).

Важливо приділяти увагу психологічним особливостям дітей пубертатного віку, бо в цьому віці нервова система є найуразливішою, і негативний психічний стан

може шкідливо позначитися на перебігу хвороби. Від того, як медичний персонал дотримуватиметься принципів деонтології, залежить і якість обстеження дитини, і якість лікування (особливо маніпуляцій, пов'язаних із виконанням дитиною певних вимог щодо їх проведення).

У разі погіршення стану хворої дитини поведінка медичного персоналу також має бути відповідною: не можна допускати паніки, розгубленості, обговорення ситуації щодо тяжкості хвороби або можливих ускладнень процедур, що їх передбачається проводити дитині. Хвора дитина завжди відчуває стурбованість медичного персоналу і хвилювання матері, тому в присутності дитини не варто говорити про тяжкість перебігу хвороби або труднощі лікування. Цього ж потрібно вимагати від матері або людини, яка доглядає за дитиною.

Слід пам'ятати, що неухважність у роботі, сторонні розмови під час обслуговування хворих, необережне коментування поведінки колег можуть мати негативні наслідки.

Кваліфіковане, чітке, своєчасне й сумлінне виконання призначень і процедур зміцнюють віру хворої дитини та її батьків в успіх лікування.

Важливим обов'язком медичного персоналу є *збереження професійної таємниці*, якщо вона не зачіпає інтереси суспільства або хворого. На ці питання звернено увагу в ст. 40 розділу V Закону України “Про надання лікувально-профілактичної допомоги” (Додаток 1). Медичні сестри не мають права розголошувати і обговорювати відомості про хворобу, таємні подробиці про сім'ю дитини, які вони могли отримати під час виконання своїх професійних обов'язків.

Молодшому медичному персоналові не треба брати на себе функції, що входять до компетенції лікаря і медичної сестри. Не слід роз'яснювати батькам чи родичам хворих дітей характер захворювання, інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних досліджень. Доцільно розповідати лише про загальний стан хворого, морально підтримувати і підбадьорювати батьків. Неприпустимо в присутності хворих обговорювати або критикувати професійний рівень і призначення лікарів. Це підриває не лише авторитет лікаря, але й віру хворого в успіх лікування.

Водночас медична сестра ні в якому разі не повинна приховувати помилки, які були допущені під час виконання нею своїх обов'язків; якщо це трапилось, не слід виправляти помилку самостійно, а чесно сказати про це лікареві: *чесність у роботі є запорукою злагодженої та ефективної роботи всього колективу лікарні.*

До медичної деонтології належать і взаємини з колегами. Між середнім і молодшим медичним персоналом вони мають бути демократичними, проте робота потребує дотримання суворої дисципліни.

Медичний працівник завжди повинен бути зібраним, спокійним і врівноваженим, не допускати нервозності й метушливості в роботі, а у ставленні до хворих бути коректним, уважним, не допускати панібратства.

Культура службових взаємин у лікарні має базуватися на високій трудовій дисципліні, товариській взаємодопомозі, ввічливості та доброзичливому ставленні до пацієнтів. Службові стосунки медичних працівників складаються із стосунків між співробітниками, хворими та їхніми родичами. Проявами добрих стосунків є постійна готовність допомогти колезі в складних ситуаціях, що можуть виникати під час виконання різних процедур, пам'ятаючи, що головне — це здоров'я дитини.

Принцип інформованої згоди, який утвердився в сучасній охороні здоров'я разом із визнанням пріоритетного значення прав людини і який передбачає надання пацієнтові максимально повної інформації про доцільність і необхідність того чи

того виду лікування, діє і в педіатрії. Проте інформовану згоду на лікування (проведення профілактичних щеплень тощо) надають батьки хворої дитини.

У разі відмови батьків від лікування або неналежне виконання ними призначень лікар повинен повідомити про це органи соціальної опіки. Примусове лікування соціально небезпечних хворих може здійснюватися лише за рішенням суду.

Особливості розпитування хворої дитини залежно від віку

Розпитування (збір анамнезу) хворої дитини має певні особливості. Якщо дитина ще не розмовляє, розпитують батьків або її родичів. Якщо дитина може розповідати, анамнез збирають шляхом контактування як з дитиною, так і з тими, хто її доглядає або проживає з нею. Зазвичай опитують матір. Збирають анамнез за традиційною схемою, але, на відміну від загальноприйнятої методики розпитування, під час розпитування про дітей раннього віку обов'язково з'ясовують такі моменти: перебіг вагітності та пологів (гестоз, загроза переривання вагітності, захворювання у період вагітності, контактування з хворими, медичні втручання тощо), особливості раннього періоду адаптації новонародженої дитини до умов зовнішнього середовища, становлення фізичного та нервово-психічного розвитку, тривалість грудного вигодовування, перенесені захворювання, правильність проведення і наявність профілактичних щеплень та реакції на них. Якщо матері складно точно відповісти на запитання, про це слід зафіксувати в історії хвороби і за необхідності звернутися до закладів охорони здоров'я, у яких під час хвороби перебувала матір чи дитина.

Під час розмови з батьками хворої дитини потрібно ставитися до них уважно; не треба одразу ж робити їм зауваження щодо догляду, вигодовування чи лікування хворої дитини, оскільки це може ускладнити процес опитування; дуже важливо під час розмови установити контакт із дитиною. Це сприятиме спілкуванню та обстеженню дитини і формуватиме довіру й позитивний настрій батьків. Необхідно пам'ятати, що *повноцінно зібраний анамнез сприяє своєчасному встановленню діагнозу і якісному лікуванню.*

Основні правила спілкування з хворою дитиною та її родичами. Діти, особливо хворі, потребують любові, пестощів, уваги і співчуття. Ця загальновідома істина й повинна бути покладена в основу роботи медичного персоналу дитячої медичної установи. У процесі лікування дітей медичним працівникам доводиться мати справу не лише з дітьми, а й з їхніми родичами, що часом може ускладнювати деонтологічні завдання, проте завжди потрібно поводитися мудро і коректно.

Дитина перебуває в постійному розвитку, тому для кожного вікового етапу властиві свої характерні риси, які можуть визначати її психологічний стан у процесі доставляння до стаціонару. У дітей грудного віку найсильніша психологічна єдність з матір'ю, діти дошкільного віку найбільше потерпають через можливий відрив від родини, для школярів важливі взаємини з однолітками. Водночас оцінити психологію дитини неможливо поза контекстом взаємин у родині. Атмосфера, що складається в родині під час хвороби дитини, багато в чому залежить від того, як виховують дитину. Дехто з батьків, зрозумівши, що вони до хвороби недостатньо оточували дитину турботою, мало приділяли їй уваги, змінюють свою поведінку, надмірно пестять її, а іноді, жаліючи, не виконують призначень лікаря. У цих випадках доводиться застерігати, що своїми добрими намірами батьки можуть завдати шкоди дитині. Під час лікування і догляду за дитиною лікар у доступній формі повинен обов'язково інформувати батьків про необхідність призначеного лікування, пояс-

нювати необхідність і доцільність проведення того чи того додаткового дослідження, отримавши на це згоду батьків (ст. 43, Додаток 1). Спільне обговорення питань лікування допомагає виявити додаткову інформацію щодо індивідуальних особливостей дитини і сприяє процесу лікування. Обов'язком медичного персоналу лікарні є підтримка впевненості батьків у правильності дій лікаря.

Хворі діти по-різному переносять свою хворобу, але в кожній дитині існує та чи та психологічна відповідь на патологічний процес. Реакція хворої дитини на хворобу називається *внутрішньою картиною хвороби*. Формування її в дітей відрізняється від такої в дорослих тим значніше, чим молодша дитина. Розуміння процесів, які відбуваються в організмі, й сприйняття хвороби залежать від рівня розвитку мислення, віку дитини та особливостей її темпераменту.

На формування внутрішньої картини хвороби впливає переважно емоційне ставлення до неї, зумовлене психологічними характеристиками особистості дитини. Тому у зв'язку з особливостями емоційного ставлення до хвороби у дітей шкільного віку можуть сформуватися три типи внутрішньої картини хвороби:

- *гіпнозогнотичний* — емоційне недооцінювання симптомів, ігнорування хвороби;
- *гіпернозогнотичний* — надмірна емоційна напруженість пов'язаних із хворобою хвилювань, перебільшення проявів захворювання, невіра в успіх лікування;
- *прагматичний* — прагнення до реального оцінювання захворювання і його прогнозу, добрий контакт із лікарем і бажання виконувати всі його призначення.

Своєчасне адекватне оцінювання внутрішньої картини хвороби, безсумнівно, допомагає в лікуванні дитини.

Вплив професійної діяльності медичного персоналу і морального клімату медичного закладу на формування внутрішньої картини хвороби в дитини багатоплановий, тому психологічний підхід — важлива частина знань і досвіду медичного персоналу в дитячому відділенні. Довіра до медичного персоналу зумовлюється його поведінкою, особистим прикладом, людськими якостями.

У процесі лікування та догляду за дитиною треба подолати сумніви батьків та боязнь дитини. Непохитність у доброзичливій і м'якій формі в поєднанні з повагою й відповідною дистанцією — одне з основних правил спілкування з дитиною та її батьками.

Одним із найважливіших завдань медичного персоналу педіатричного відділення є встановлення контакту з родиною хворої дитини незважаючи на всі труднощі, пов'язані з характерологічними чи психологічними особливостями батьків. Без адекватної взаємодії з ними неможливо не тільки нормалізувати психічний стан, але й бути впевненим у виконанні призначень і ефективності лікування дитини. Спокійна інтонація, слова, які вимовлені твердо, але з повною повагою до дитини та її батьків, уселяння дитині та її близьким родичам думки про те, що вони самі дуже зацікавлені у виконанні лікарських призначень, завжди зумовлюють успіх.

Основні професійні обов'язки молодшого і середнього медичного персоналу в дитячих поліклінічних закладах та педіатричних стаціонарах

Медичне спостереження за дитиною значною мірою залежить від сумлінного виконання середнім та молодшим медичним персоналом своїх функціональних обов'язків, які означені в чинному законодавстві України про охорону здоров'я та відображені в нормативно-правових актах, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Від роботи *молодшої медичної сестри педіатричного стаціонару* залежить забезпечення санітарно-гігієнічних норм, запобігання поширенню внутрішньолікарняних інфекцій, а часом і лікувально-діагностичний процес.

Обов'язки молодшого медичного персоналу дитячого стаціонару:

- дотримуватися принципів медичної деонтології;
- підтримувати відповідний санітарно-гігієнічний стан відділення (вологе прибирання палат, кабінетів, коридорів, місць загального користування, дезінфекція та зберігання інвентарю для прибирання, приготування робочих дезінфекційних розчинів);
- знайомити батьків хворих дітей, яких госпіталізують, із правилами внутрішнього розпорядку відділення;
- супроводжувати хворих дітей (у разі й з батьками) і доставляти їхні історії хвороби у діагностичні і лікувальні відділення та кабінети;
- допомагати палатній медичній сестрі в підготовці хворих до діагностичних досліджень;
- повідомляти палатну медичну сестру або лікаря про погіршення стану хворої дитини;
- здійснювати контроль за зберіганням продуктів хворого, звертаючи увагу на їх якість;
- стежити за дотриманням хворими дітьми і відвідувачами режиму дня у відділенні;
- супроводжувати в разі необхідності дітей старшого віку до туалету;
- повідомляти палатну медичну сестру про порушення хворими правил внутрішнього розпорядку;
- забезпечувати правильне використання і зберігання предметів догляду за хворими;
- своєчасно перемінювати натільну та постільну білизну, виносити брудну білизну;
- проводити санітарну обробку хворих дітей;
- транспортувати тяжко хворих дітей;
- проводити щоденний туалет, одягати (сповивати) дітей: доглядати за шкірою, волоссям, вухами, очима, ротовою порожниною хворих дітей та ін.;
- подавати судно, сечоприймач та забезпечувати дезінфекцію їх;
- проводити профілактику пролежнів;
- доставляти біологічний матеріал у лабораторію;
- додержуватися правил техніки безпеки;
- підвищувати свою кваліфікацію з питань догляду за хворими дітьми.

Обов'язки середнього медичного персоналу дитячого стаціонару:

- брати участь у лікувально-діагностичному процесі;
- виконувати лікарські призначення;
- проводити маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи;
- забезпечувати медичний догляд за хворими дітьми;
- спостерігати за годуванням дітей;
- проводити профілактичні заходи, спрямовані на запобігання захворюванням та своєчасне їх виявлення;
- володіти прийомами реанімації, вміти надати допомогу при травматичному ушкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утопленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоку, опіках, обмороженні, алергійних станах;

- володіти методами асептики та антисептики;
- вести медичну документацію;
- брати активну участь у поширенні медичних знань серед населення щодо профілактики захворювань та їх ускладнень;
- дотримуватися принципів медичної деонтології;
- постійно вдосконалювати свій професійний рівень.

Обов'язки молодшого медичного персоналу дитячої поліклініки:

- дотримуватися принципів медичної деонтології;
- підтримувати відповідний санітарно-гігієнічний стан у приміщеннях: здійснювати вологе прибирання кабінетів залежно від призначення (кабінети лікарів, маніпуляційні кабінети, кабінет для проведення шеплень, бокси, операційні тощо), а також коридорів, місць загального користування;
- дотримуватися правил асептики та антисептики;
- збирати брудну білизну та зберігати чисту білизну;
- проводити санітарну обробку хворих дітей;
- проводити дезінфекцію та зберігання інвентарю для прибирання;
- готувати робочі дезінфекційні розчини;
- додержуватися правил техніки безпеки;
- підвищувати свою професійну кваліфікацію.

Основні професійні обов'язки середнього медичного персоналу в дитячих поліклініках.

У своїй роботі медична сестра повинна керуватися основними обов'язками, зазначеними у наказі МОЗ України № 434 від 29.11.2002 р., до яких входять такі розділи:

- профілактична робота;
- надання медичної допомоги хворим дітям;
- просвітницька робота з населенням;
- обліково-звітна та статистична робота;
- підвищення професійної кваліфікації;
- протиепідемічна робота на дільниці.

Профілактична робота спрямована на розвиток і виховання здорової дитини. У межах цієї діяльності медична сестра зобов'язана:

- проводити антенатальні патронажі вагітних своєї територіальної дільниці під час постановки вагітної на облік та в терміни вагітності 32—36 тиж.;
- разом із дільничним педіатром відвідувати новонароджених у перші 3 доби після виписування їх із пологового будинку;
- під час першого патронажу новонародженого навчати матір техніці вільного сповивання, принципам грудного вигодовування, основним навичкам догляду за новонародженим, а також вмінню оцінити стан здоров'я дитини та своєчасно звернутися по медичну допомогу;
- здійснювати контроль за виконанням батьками лікарських призначень, зокрема рекомендацій щодо режиму вигодовування, загартовування, профілактики рахіту тощо;
- здійснювати разом з лікарем щомісячне планування профілактичних прийомів та запрошувати на обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей;
- планувати та контролювати відвідування дітьми раннього віку кабінету (відділення) здорової дитини та навчання матерів комплексам гімнастики і масажу (відповідно до віку);

- забезпечувати (разом із лікарем) своєчасне проведення щеплень та контроль за станом здоров'я після щеплень;
- виконувати розпорядження та призначення дільничного педіатра;
- проводити роботу щодо своєчасних лікарських оглядів та лабораторних досліджень у дітей, що стоять на диспансерному обліку, згідно з планом диспансеризації.

Під час прийому дільничного педіатра медична сестра зобов'язана:

- підготувати робоче місце лікаря (інструментарію, документів тощо);
- стежити за санітарним станом кабінету;
- проводити дітям антропометрію, результати якої заносити у форму № 112/о;
- оглядати дітей на прийомі у поліклініці з приводу корости та педикульозу, про що фіксувати у формі № 112/о;
- оформлювати медичну документацію відповідно до призначень лікаря (направлення, довідки тощо);
- своєчасно інформувати дільничного педіатра про дітей, які залишилися без батьківської опіки, про випадки жорстокого поводження та насильства над дітьми.

Під час надання медичної допомоги хворим дітям удома медична сестра зобов'язана:

- забезпечувати динамічне спостереження за хворими дітьми (за призначенням лікаря);
- виконувати призначені лікарем лікувальні процедури дітям удома;
- здійснювати контроль за правильністю та чіткістю виконання батьками лікувально-профілактичних заходів дітям, які призначені лікарем;
- володіти технікою необхідних медичних маніпуляцій та невідкладної допомоги;
- активно виявляти хворих дітей удома та інформувати про них дільничного чи чергового лікаря поліклініки у день виявлення;
- дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Для проведення просвітницької роботи з батьками щодо переваг грудного вигодовування, виховання здорової дитини, профілактики захворювань медична сестра зобов'язана:

- організовувати бесіди з батьками на дільниці (під час патронажів до здорових дітей, відвідування хворих дітей, роботи в осередках інфекційних захворювань) з питань виховання здорової дитини, про переваги грудного вигодовування, профілактику гіпогалакції та захворювань;
- вести діяльність, спрямовану на профілактику травматизму на дільниці, виявлення хворих дітей на дільниці, інформувати про них дільничного педіатра.

У межах обліково-звітної та статистичної роботи медична сестра зобов'язана:

- вести звітно-облікову документацію, затверджену МОЗ України;
 - здійснювати перепис дитячого населення на дільниці двічі на рік; при цьому особливу увагу приділяти дітям, які вибувають чи прибувають на дільницю, уточнюючи адресу міграції, постійно інформувати дільничного педіатра про місце тимчасового перебування їх;
 - вести журнал перепису дитячого населення педіатричної дільниці.
- Медична сестра зобов'язана систематично *підвищувати свою кваліфікацію:*
- відвідувати курси спеціалізації та підвищення кваліфікації медсестер;
 - відвідувати планові заняття з підвищення кваліфікації медсестер, що проводяться в поліклініці;

- вивчати передовий досвід організації роботи дільничної медсестри, упроваджувати його у свою роботу.

Для запобігання поширенню інфекційних хвороб медична сестра проводить *протиепідемічну роботу на дільниці*:

- веде спостереження за осередками інфекційних хвороб та бактеріологічне обстеження (взяття матеріалу для дослідження) дітей, хворих на ангіну, гострі кишкові захворювання;

- організовує бесіди з батьками на дільниці під час роботи в осередках інфекційних хвороб.

Принципи фахової субординації в системі педіатр—медична сестра—молодший медичний персонал

Морально-психологічні взаємини в медичних колективах повинні базуватися на засадах демократичності, проте із дотриманням норм субординації. Поняття “субординація” (від лат. *subordinatio* — підкоряння) означає суворе службове підпорядкування молодшого за посадою старшому відповідно до службової вертикалі.

Усі питання щодо режиму, харчування і лікування, які потрібні хворій дитині, розв’язує лікар; саме він несе основну моральну і правову відповідальність за стан хворого. Проте неналежне і несвоєчасне виконання середнім і молодшим медичним персоналом лікарських призначень може значною мірою зашкодити успіхові лікування.

Одержавши від лікаря розпорядження, медсестра повинна ретельно їх виконувати. Якщо під час виконання призначень виникли труднощі, про це слід повідомити лікарю, якщо він відсутній — завідувачу відділення, а у вечірній час — черговому лікарю. Під час обходу палат черговим лікарем або відвідування хворого лікарем-консультантом палатна медична сестра зобов’язана створити сприятливі умови для його роботи.

Якщо у медичної сестри виникли сумніви щодо якогось призначення (лікарська помилка, нерозбірливий почерк тощо) або вона вважає, що вказана у листку призначень доза є шкідливою чи небезпечною для хворої дитини, вона зобов’язана у коректній формі віч-на-віч і в жодному разі не у присутності дитини або її батьків повідомити про свої сумніви лікарю, і виконати його лише після того, як лікар підтвердить своє рішення. Якщо медична сестра і після підтвердження лікарем призначення продовжує вагатися щодо його правильності, вона зобов’язана доповісти про це завідувачу відділення. Лікар, своєю чергою, незалежно від того чи мала рашію медична сестра, повинен уважно поставитися до її думки, а у тому разі, якщо вона мала рашію, подякувати і похвалити її за уважність.

У присутності хворих чи їхніх родичів не слід робити зауваження молодшому за посадою, а, якщо в цьому є нагальна потреба, робити це у ввічливій формі, при цьому бажано, щоб у хворих або батьків хворої дитини не виникла підозра про неправильні дії медичного персоналу. *Водночас під етичними і деонтологічними принципами у жодному разі не повинні приховуватися непрофесійні дії медичного персоналу; важливо пам’ятати, що основна мета лікувального процесу — одужання хворого.*

Принципи субординації та висока культура повинні бути основою взаємин палатних медичних сестер і взаємин палатної медсестри з молодшим медичним персоналом. Вимогливість медичної сестри до себе, вміння тактовно та в доброзичливій

формі звернути увагу своїх колег на їхні недоліки в роботі, а також без образ сприйняти справедливі зауваження щодо своєї особи — запорука успіху лікування хворих.

Палатна медсестра по відношенню до молодшої медичної сестри є не лише колегою по роботі, але й керівником. Усі свої розпорядження вона повинна робити у ввічливій формі, без проявів роздратування чи зарозумілості. Звертатися до молодшої медичної сестри, особливо старшої за віком, по імені та по батькові. Палатна медсестра зобов'язана систематично контролювати виконання молодшим медичним персоналом її службових доручень.

Взаємини у медичному закладі, які базуються на дотриманні принципів субординації, є запорукою чіткого виконання призначених терапевтичних заходів і забезпечення успіху лікувального процесу.

Морально-етичні та деонтологічні засади формування медичного фахівця педіатричного профілю

На діяльність медичного працівника важливий вплив мають як морально-етичні, деонтологічні, так і правові норми. Говорити про пріоритет тих чи тих недоцільно. Етичні гарантії є важливою складовою фундаменту для реалізації конституційного права людини, у тому числі й дитини, на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування.

Беручи до уваги позитивний міжнародний досвід (міжнародний кодекс медичної етики, міжнародну клятву лікарів та ін.), створено Етичний кодекс лікаря України, де в його Загальній частині закріплено основні положення медичної етики, кваліфікаційно-ділові та морально-етичні вимоги до окремих категорій працівників лікувально-профілактичних закладів.

Указом Президента України від 15 червня 1992 р. затверджено Клятву лікаря України, яку повинні давати випускники вищих медичних навчальних закладів. Вона містить усі найважливіші норми медичної етики і деонтологічні принципи, ураховані міжнародною практикою. Клятва лікаря України є основою моральної відповідальності молодого фахівця перед суспільством. Водночас є низка законів, якими передбачено правову відповідальність медичного працівника у разі порушення ним своїх функціональних обов'язків (Додаток 2).

З медичною деонтологією тісно пов'язана ятрогенія — хворобливий стан, зумовлений діяльністю медичного працівника.

До ятрогенії належать захворювання та ушкодження, що виникли внаслідок неправильних дій медичного персоналу щодо лікування хворого. Людина з нестійким психічним станом, який нерідко виникає під час хвороби, дуже вразлива і болісно реагує на всі розмови, що стосуються стану її здоров'я; інколи вона починає віднаходити в себе симптоми вигаданого захворювання. Це стосується і хворої дитини, і її матері, яка дуже стурбована станом дитини. Під час кожного спілкування лікар повинен не тільки переконувати хворого у відсутності вигаданих хвороб, а й вселяти надію на одужання.

Щодо лікарських помилок. Навіть досвідчений лікар може припуститися помилки під час обстеження або лікування хворої дитини. Це пояснюється і індивідуальністю організму кожної людини, і недосконалістю медичної техніки, і необхідністю термінового прийняття раціональних та ефективних рішень для рятування хворого. Але кожен лікар повинен зробити все для того, щоб не припускати помилок, оскільки за ним стоїть здоров'я і життя хворого. Це особливо стосується

молодих фахівців, коли причиною лікарської помилки може бути брак досвіду. Висока відповідальність перед хворим, відсутність необгрунтованої гордині і готовність звернутися по допомогу до більш досвідчених колег сприятиме уникненню лікарських помилок.

З юридичної точки зору, лікарські помилки ділять на 3 групи:

1-а — *діагностичні* — нерозпізнання хвороби або помилковий діагноз;

2-а — *тактичні* — неправильне визначення показань до операції, помилкова тактика лікування та ін.;

3-я — *технічні* — неправильне використання медичної техніки, застосування необгрунтованих діагностичних засобів тощо.

Усі помилки потрібно розбирати в колективі, на лікарських конференціях із визначенням шляхів запобігання їм. Водночас не слід обговорювати помилки з пацієнтами або їхніми родичами. Грубі помилки медичного персоналу, особливо, якщо вони виникли внаслідок неухважного або байдужого ставлення до своїх обов'язків, розбирають в установленому законом порядку залежно від шкоди, нанесеної хворому.

Треба пам'ятати, що ніякі зміни і кризи в державі не повинні впливати на якість медичної допомоги і професійність виконання медиками свого найважливішого обов'язку — рятувати життя і лікувати хворих. Люди, які вирішили присвятити себе медицині, служінню народу, повинні пам'ятати про своє покликання, високу місію і відповідальність перед людьми.

Структура і функції педіатричного стаціонару та поліклініки

Педіатричний стаціонар (дитяча лікарня) — лікувально-профілактичний заклад, де проводять кваліфіковане лікування дітей віком від народження до 18 років, які за станом здоров'я повинні бути під постійним спостереженням лікаря.

Головними функціями роботи дитячої лікарні є:

- надання висококваліфікованої медичної допомоги дітям;
- упровадження в практику охорони здоров'я дитячого населення сучасних методів профілактики, діагностики та лікування;
- удосконалення організаційних форм і методів лікувальної роботи;
- підвищення санітарної культури населення.

Найважливішою умовою діяльності дитячої лікарні є впровадження наступності в роботі з іншими лікувально-профілактичними закладами: поліклініками, санаторіями, пологовими будинками тощо.

Лікарні поділяються:

- *за профілем* — багатопрофільні та спеціалізовані;
- *за системою організації* — об'єднані з поліклінікою і самостійні;
- *за адміністративним поділом* — районні, міські, обласні, республіканські. Якщо на базі лікарні функціонує кафедра медичного або науково-дослідного інституту, лікарня вважається клінічною.

Невідкладну медичну допомогу в разі гострих захворювань, травм, отруєнь та ін. повинна надавати будь-яка лікарня незалежно від профілю, району обслуговування та віку дитини.

Дитяча лікарня включає: приймальне та лікувальні відділення, діагностичне відділення або відповідні кабінети і лабораторії, патологоанатомічне відділення, а та-

кож допоміжні підрозділи: адміністративно-господарська частина, аптека, харчоблок, організаційно-методичний відділ з кабінетом обліку і медичної статистики (або кабінет медичної статистики), медичний архів.

Хвора дитина, яку госпіталізують до стаціонару, спочатку проходить через *приміальне відділення*, до якого входять вестибюль, оглядова кімната, санпропускник та ізоляційні бокси для огляду дітей, у яких підозрюють інфекційні хвороби, кабінет лікаря, процедурна кімната, кімнати для медперсоналу, санвузол.

Лікувальне відділення складається з палат та боксів, маніпуляційного кабінету, поста медичної сестри, кабінету завідувача відділення, ординаторської, кабінету старшої медичної сестри, сестринської, кабінетів для виконання лікувальних процедур та діагностичного обстеження дітей (ЕКГ, ЕЕГ, УЗД органів та систем, фізіотерапевтичні процедури, зондування, постановка клізм тощо), а також низки допоміжних приміщень: їдальні, ігрової кімнати, душової, кімнати для зберігання речей хворих, миття суден, горшків та клейонок, тимчасового зберігання брудної білизни, санвузла (окремо для медперсоналу, окремо для хворих).

Для дітей 1-го року життя передбачаються боксовані та напівбоксовані палати: від одного до чотирьох ліжок у кожному боксі. У палатах для дітей, старших 1 року, допускається не більше шести ліжок.

Провідне місце в системі охорони здоров'я дітей займає амбулаторно-поліклінічна допомога, яка забезпечується широкою мережею дитячих поліклінік.

Дитяча поліклініка — лікувально-профілактична установа, що надає лікувальну і профілактичну допомогу дітям від народження до 18 років у районі місця розташування (включаючи навчальні заклади, дитячі будинки, школи-інтернати, притулки для неповнолітніх тощо). Дитяча поліклініка може бути самостійним закладом або структурним підрозділом у складі дитячої лікарні або міської лікарні.

Дитяча поліклініка забезпечує:

- організацію і проведення комплексу профілактичних заходів, спрямованих на охорону здоров'я прикріпленого дитячого населення віком від народження до 18 років;
- раннє виявлення захворювань, кваліфіковане і в повному обсязі обстеження та лікування хворих дітей;
- проведення заходів, спрямованих на санітарно-гігієнічне виховання населення, пропаганду здорового способу життя, у тому числі раціональне харчування, посилення рухової активності, боротьбу з курінням та іншими шкідливими звичками;
- надання лікарської та долікарської допомоги хворим дітям удома, які за станом здоров'я і характером захворювання не спроможні відвідати поліклініку; організація стаціонарів удома;
- своєчасну госпіталізацію дітей, котрі потребують стаціонарного лікування, з попереднім максимальним обстеженням їх відповідно до профілю захворювання;
- надання в повному обсязі невідкладної медичної допомоги дітям при гострих захворюваннях, травмах, отруєннях та інших нещасних випадках;
- організацію і проведення диспансеризації дитячого населення;
- організацію та проведення комплексу профілактичних заходів серед дитячого населення, до яких належать: антенатальна охорона плода (допологовий патронаж вагітних спільно з жіночими консультаціями); динамічне медичне спостереження за здоровими дітьми і своєчасні профілактичні щеплення; проведення просвітницької

роботи серед батьків, учителів, вихователів, дітей щодо здорового способу життя; профілактика захворювань, шкідливих звичок і травматизму;

- реабілітаційне лікування хворих із залученням лікарів-спеціалістів і здійснення лікувально-оздоровчих заходів, зокрема відбір і направлення дітей на санаторно-курортне лікування та в оздоровчі табори;

- протиепідемічні заходи спільно зі спеціалістами санітарно-епідеміологічної служби: профілактика інфекційних хвороб, виявлення інфекційних хворих, динамічне спостереження за особами, які були в контакті із заразним хворим і за реконвалесцентами, інформування СЕС про випадки інфекційних захворювань та ін.;

- ведення обліково-звітної документації за формами, установленними МОЗ, аналіз статистичних даних, що характеризують діяльність поліклініки, зокрема, загальної захворюваності, смертності, інвалідності дитячого населення.

Структурними підрозділами, що входять до складу дитячої поліклініки, є адміністративно-господарська, лікувально-профілактична, діагностична та лабораторна частини, молочна кухня, денний стаціонар.

До структури дитячої поліклініки входять: вестибюль, гардероб, ресепшн з картоотекою, окремих вхід та ізолятор із боксами для прийому дітей з інфекційними хворобами, кабінет інфекційних хвороб, педіатричне відділення, відділення реабілітації, адміністративно-господарська частина.

Педіатричне відділення включає:

- кабінети дільничних педіатрів та лікарів-спеціалістів, у яких прийом ведуть хірург, стоматолог, кардіолог, оториноларинголог, пульмонолог, ендокринолог, офтальмолог та інші спеціалісти;

- кабінет здорової дитини для профілактичної роботи з дітьми; підлітковий кабінет;

- лікувально-діагностичні кабінети (рентгенодіагностики, фізіотерапевтичний, лікувальної фізкультури, масажу, процедурний, кабінет профілактичних шеплень та ін.);

- лабораторія;

- приміщення для денного стаціонару;

- відділення (кабінет) функціональної діагностики;

- приміщення для відпочинку медичного персоналу;

- молочна кухня або роздавальний пункт (у деяких поліклініках).

Відділення реабілітації включає кабінети лікувальної фізкультури, масажу і фізіотерапії, басейн.

До адміністративно-господарської частини належать: кабінети головного лікаря та його заступників, приміщення для збору та аналізу статистичних даних (комп'ютерний зал), бухгалтерія, гардероб та інші допоміжні приміщення.

Організація роботи дільничного педіатра

Основна функція дільничного педіатра — це забезпечення заходів для оптимального фізичного і нервово-психічного розвитку дітей шляхом упровадження комплексу профілактичних заходів, подальшого зниження показника захворюваності, інвалідності і смертності дітей віком до 18 років.

Профілактична робота дільничного педіатра складається із таких основних розділів:

- профілактична робота з новонародженою дитиною, яка включає постійний зв'язок із жіночою консультацією, контроль за проведенням дільничною медсест-

рою допологових патронажів вагітних і патронаж вагітних із груп ризику; здійснення первинного патронажу новонародженого не пізніше ніж наступного дня після виписування його з пологового будинку спільно з дільничною медсестрою, надалі — контроль за кратністю і якістю відвідувань новонароджених дільничною медсестрою;

- динамічне спостереження за дітьми 1-го року життя, зокрема надання рекомендацій і контроль за їх виконанням з боку батьків щодо режиму, раціонального харчування, загартовування, специфічної та неспецифічної профілактики рахіту; оцінювання фізичного, нервово-психічного розвитку дитини, резистентності організму; організація відвідування дітьми відділень (кабінетів) здорової дитини;

- профілактичне спостереження за здоровими дітьми, старших 1 року і проведення комплексного оцінювання стану їхнього здоров'я; організація диспансерних оглядів лікарями-фахівцями і проведення лабораторно-діагностичних досліджень;

- планування і підготовка (щомісячно) дітей до імунізації; аналіз імунізації дітей проти інфекцій, що керовані засобами специфічної профілактики, та оцінювання післявакцинальних реакцій;

- проведення необхідних оздоровчих та профілактичних заходів перед вступом дитини до дошкільного чи загальноосвітнього навчального закладу;

- диспансеризація та оздоровлення дітей, медичне спостереження за дітьми, які стоять на диспансерному обліку;

- забезпечення диспансеризації підлітків та медичної підготовки юнаків до призову на військову службу;

- облік та відбір дітей, які за станом здоров'я потребують санаторно-курортного лікування;

- медичний огляд хворих дітей удома в день виклику, направлення на лікування у стаціонар (за наявності показань). У разі критичного стану здоров'я дитини та відмови батьків від госпіталізації лікар попереджує батьків або осіб, які їх замінюють, про відповідальність за залишення дитини в небезпеці із зазначенням у ф. № 112/о або 025/о та інформує про це завідувача педіатричного відділення;

- комплексне лікування дітей удома із залученням у разі необхідності профільних фахівців для консультації та проведення лабораторного дослідження. У разі лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах лікар разом із дільничною медсестрою забезпечують динамічне спостереження за хворими дітьми до повного їх одужання; хворих дітей 1-го року життя — щоденне аж до одужання. За потреби — організація стаціонару вдома;

- проведення спільно із санітарно-епідеміологічною службою комплексу профілактичних заходів, спрямованих на зниження інфекційної захворюваності, повідомлення СЕС у встановленому порядку про всі випадки виявлення інфекційних хворих та підозрілих на наявність інфекційного захворювання;

- проведення просвітницької роботи на дільниці з питань грудного вигодовування, раціонального харчування, розвитку і виховання здорової дитини та профілактики захворювань;

- ведення звітно-облікової документації, затвердженої МОЗ;

- упровадження в практику нових організаційних форм роботи і нових методів профілактики, діагностики та лікування;

- систематичне підвищення своєї фахової кваліфікації;

- контроль за роботою дільничної медсестри і підвищенням її кваліфікації.

Дільничний педіатр працює згідно з річним та щомісячним планами роботи, складеними на підставі показників роботи і стану здоров'я дітей, проводячи відбір дітей для планового стаціонарного лікування та лікування в денному стаціонарі. Визначає групи ризику дітей по соціальному фактору, забезпечує динамічне спостереження за ними. Негайно повідомляє адміністрацію поліклініки (лікарні) про випадки насильства, жорстокого ставлення до дітей удома, перебування неповнолітніх в екстремальних умовах, залишення їх без батьківського піклування.

Дільничний педіатр зобов'язаний регулярно у встановленому законом порядку проводити аналіз своєї діяльності та стану здоров'я дітей дільничі віком до 18 років, і розробляти заходи щодо поліпшення показників їхнього здоров'я.

Правила заповнення медичної документації дитячої поліклініки та стаціонару

Робота закладів охорони здоров'я підпорядковується певним законодавчим актам і підлягає обов'язковому обліку, тому кожний медичний працівник повинен суворо, у повній відповідності з вимогами та інструкціями, своєчасно заповнювати медичну документацію. Уся медична документація незалежно від закладу підрозділяється на облікову і звітну.

Основними формами медичної документації поліклініки є:

- історія розвитку дитини — 112/о;
- карта профілактичних щеплень — 063/о;
- журнал виклику лікаря додому — 031/о;
- контрольна карта диспансерного спостереження — 030/о;
- журнал відвідування кабінету здорової дитини — б/н;
- екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення — 058/о;
- медична довідка про перебування дитини під спостереженням лікувального закладу — 103—1/о;
- рецепт (дорослий, дитячий) — Ф-1;
- талон на прийом до лікаря — 025—4/о;
- карточка попереднього запису на прийом до лікаря — 040/о;
- статистичний талон реєстрації остаточних (уточнених) діагнозів — 025—2/о.

Основні форми медичної документації в педіатричному стаціонарі:

- журнал прийому хворих — 001/о;
- журнал відмови у госпіталізації — 001—1/о;
- медична карта стаціонарного хворого (історія хвороби) — 003/о;
- температурний листок — 004/о;
- листок лікарських призначень — 003—4/о;
- листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару — 007/о;
- статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару, — 066/о.

При зверненні дитини або її батьків у **поліклініку** реєстратор видає талон на прийом до лікаря, в якому мають бути зазначені прізвище та ім'я, номер амбулаторної карти, прізвище лікаря, номер кабінету, час відвідування, вік, місце проживання і причини звернення. Якщо потрібна консультація іншого фахівця поліклініки (оториноларинголога, ортопеда, травматолога, невропатолога, ревматолога та ін.), медсестра випишує додатковий талон для консультативного висновку спеціаліста.

Основним документом у поліклініці є *історія розвитку дитини*. До неї окрім паспортної частини вносять дані анамнезу життя, родинного анамнезу, антропометрії, результати спостереження за здоров'ям і розвитком дитини, відомості про перенесені захворювання, лабораторні та інструментальні дослідження, профілактичні щеплення, усі призначення щодо режиму, харчування, профілактичних і лікувальних заходів. На *листку для запису остаточних (уточнених) діагнозів* фіксують у хронологічному порядку діагнози всіх хвороб, перенесених дитиною; це допомагає швидко орієнтуватися щодо стану її здоров'я.

Історія розвитку також доповнюється листком, у якому відображено заходи щодо профілактики рахіту, тематику бесід “Школи молоді матері”, а також стандартними бланками допологового патронажу і виписки з карти розвитку новонародженого.

На виявлене під час прийому в поліклініці і вдома захворювання оформлюють *статистичний талон реєстрації остаточних діагнозів*.

У разі виявлення у хворого інфекційного захворювання лікар зобов'язаний заповнити карту екстреного повідомлення і відіслати її протягом 12 год у районну СЕС. Одночасно з відправленням повідомлення необхідно зателефонувати до СЕС. Кожен новий виявлений випадок реєструють у журналі з поміткою про сповіщення в СЕС.

Виклик педіатра додому фіксують у *журналі викликів*. Реєстратор заповнює останню частину статистичного талона, відшукує в картотечі історію розвитку дитини. У разі госпіталізації дитини історію розвитку направляють у стаціонар або видають супроводжувальну докладну виписку з неї з відомостями про проведені лікувальні заходи і епідеміологічне оточення. На виписаного зі стаціонару хворого оформляють епікриз із докладними записами про проведене лікування із зазначенням заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я дитини, який вклеюють у форму 112/о. У разі зміни діагнозу в стаціонарі заповнюють статистичний талон і направляють його в поліклініку, а діагноз, зареєстрований раніше на статистичному талоні, знімають з обліку.

Під час проведення диспансеризації основним документом є історія розвитку дитини, на обкладинці якої залежно від діагнозу і диспансерної групи роблять кольорове маркування, що дає можливість фіксувати увагу будь-якого медичного працівника під час прийому хворого, а також для швидкого віднаходження цієї облікової форми в реєстратурі. Одночасно на кожного хворого оформлюється *контрольна карта диспансерного спостереження*. За допомогою цієї карти проводять облік диспансерних хворих та складають план профілактичних заходів. У формі 030/о записують паспортні дані, діагноз та його зміни за час спостереження, терміни повторних оглядів і госпіталізації.

Планування профілактичних щеплень, проведення і облік їх проводять за допомогою *карти профілактичних щеплень*, яку зберігають у картотечі відповідно до дільниць і термінів проведення чергового щеплення. План профілактичних щеплень складають на рік по кожній дільниці і за допомогою форми 063/о щомісяця контролюють його виконання. Перед кожним профілактичним щепленням дитину оглядає лікар. Результати огляду, а також перебіг поствакцинального періоду фіксують в історії розвитку дитини.

Навантаження педіатра протягом робочого дня фіксують у відомості обліку відвідувань у поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, удома, яку заповнюють на підставі талонів усіх хворих, що були на прийомі у лікаря, списку дітей, що підлягають цільовому огляду, і книги записів викликів лікаря додому.

Основним медичним документом у *школі* є індивідуальна медична карта дитини, у якій фіксують дані поглиблених профілактичних оглядів, профілактичних щеплень, висновки про стан здоров'я і розподіл дітей по групах на уроках фізичного виховання. Дітей, що потребують диспансерного спостереження, беруть на облік і на кожну дитину заводять контрольну карту диспансерного спостереження.

Під час госпіталізації дитини до *стаціонару* медична сестра приймального відділення заповнює журнал прийому хворих, вносячи паспортні дані дитини, ким направлена (у тому числі і самозвернення), діагноз установи, яка направила. У разі відмови від госпіталізації заповнюють журнал відмови у госпіталізації і вказують причину відмови.

Основним документом у стаціонарі є *медична карта стаціонарного хворого (історія хвороби)*.

Медсестра приймального відділення заповнює титульний аркуш, вкладає в історію хвороби температурний листок і листок лікарських призначень. Паралельно заповнюють паспортну частину статистичної карти хворого, який вибув зі стаціонару. Після огляду і запису лікаря дитину разом з оформленою історією хвороби у супроводі молодшої медичної сестри направляють у відділення за профілем захворювання.

Медична карта стаціонарного хворого включає: дату і час госпіталізації, паспортну частину із зазначенням прізвища, імені та по батькові, віку хворої дитини, дитячого закладу або школи, що їх відвідує дитина, домашньої адреси, прізвища, імена та по батькові батьків, місця їх роботи, а також діагноз установи, яка направила, діагноз під час госпіталізації, діагноз клінічний основний, клінічний заключний, супутній, ускладнення основного захворювання.

Діагнози, як основний, так і супутній, мають бути розгорнутими згідно із сучасними класифікаціями нозологічних форм захворювань. Потрібно приділити особливу увагу збору анамнезу захворювання і життя, скаргам, об'єктивним дослідженням, що є одним з основних чинників постановки правильного діагнозу. Під час первинного огляду дитини складають план обстеження і лікування. У історії хвороби слід висвітлювати динаміку перебігу як основного, так і супутнього захворювання, трактування отриманих додаткових інструментальних і лабораторних даних, обґрунтування терапії з урахуванням етіології і патогенезу основного та супутнього захворювань. Під час виписування зі стаціонару батькам видається виписний епікриз, у якому стисло характеризується перебіг захворювання, результати клінічних і лабораторних досліджень та рекомендації щодо реабілітаційних заходів, які слід проводити дитині. Заповнюють карту хворого, який вибув зі стаціонару.

Медична карта стаціонарного хворого — юридичний документ, який повинен заповнюватися чітко і розбірливо. Категорично заборонено будь-які виправлення і дописування. Зникнення історії хвороби з відділення є кримінальною справою і карається відповідно до закону.

Відомості про дитину, яку госпіталізовано до стаціонару, заносять у листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару, який заповнює медична сестра і підписує завідувач відділення, а за його відсутності — старший ординатор або черговий лікар.

У *температурному листку* щодня вказують динаміку температурної кривої хворої дитини (уранці і ввечері), АТ і пульс у вигляді графіка; масу і зріст під час госпіталізації і далі 1 раз на 7–10 днів; вказують дату проведення гігієнічних ванн,

переміну білизни і результати огляду з приводу педикульозу; щодня — кількість випорожнень, добову кількість сечі. Температурний листок заповнює медична сестра.

У *листку лікарських призначень* лікар фіксує: лікувально-охоронний режим, дієтичне харчування, лікарські засоби, що їх отримує хвора дитина, з позначенням методів уведення препарату (перорально, внутрішньом'язово, внутрішньовенно), дози і кратність уведень. Медична сестра вказує час уживання хворим препарату або час ін'єкції і ставить підпис. Окрім цього, у листку призначень лікар призначає додаткові дослідження із зазначенням дати проведення; медична сестра відмічає виконання і ставить підпис.

Направляючи дитину на консультацію у діагностичні кабінети або матеріали (кров, сеча, кал, мокротиння тощо) для лабораторного дослідження, заповнюють форму 028—1/о, де обов'язково вказують прізвище, ім'я, вік дитини, номер історії хвороби, діагноз, назву відділення і які дослідження провести.

У разі виникнення у відділенні інфекційного захворювання або підозри на нього лікар чи середній медичний персонал, який виявив чи запідозрив захворювання, заповнює форму екстреного повідомлення в СЕС, яку обов'язково протягом 12 год надсилають до територіальної СЕС за місцем реєстрації захворювання і, крім цього, по телефону — одразу після виявлення.

Окрім офіційної документації відповідного профілю відділення для зручності й чіткішої роботи медичного персоналу у відділеннях є й інша довільна документація.

Медична сестра веде *журнал руху хворих* (кількість дітей, що вибули і прибули у відділення); *журнал передачі чергувань*, де вказують кількість дітей на посту (у відділенні), прізвище, діагнози дітей, що поступили і вибули; хворих з гарячкою, показники температури, стан і особливості поведінки тяжко хворих дітей, прізвища дітей, підготовлених до призначеної лікарем процедури (діагностичної або лікувальної); *журнал для реєстрації інфекційних захворювань* у відділенні та вжитих заходів профілактики. У журналі фіксують паспортні дані хворої дитини, діагноз інфекційного захворювання, дату захворювання і вжиті заходи.

Усю профілактичну і лікувальну роботу, що її проводять у дитячих установах, фіксують у відповідній звітній медичній документації.

До звітної документації поліклініки та стаціонару входять:

- шоквартальний звіт кожного відділення;
- піврічний звіт -- один раз на півроку;
- річний звіт (1 раз на рік). Річний звіт про лікувально-профілактичну роботу стаціонару та дитячої поліклініки включає всі види діяльності установи за звітний період.

Уся медична документація повинна оформлюватися чітко, розбірливо, відповідно до чинних інструкцій. Відповідальність за порядок заповнення та надану в документі інформацію несе особа, яка його заповнювала.

Контрольні питання

1. Основи медичної деонтології під час роботи в педіатричному стаціонарі.
2. Основні функціональні обов'язки молодшого та середнього медичного персоналу в поліклінічних і стаціонарних відділеннях педіатричного профілю.
3. Принципи фахової субординації в системі педіатр—медична сестра—молодший медичний персонал.

4. Моральна та правова відповідальність молодого фахівця перед суспільством.
5. Основні правила спілкування з хворою дитиною та її родичами.
6. Особливості розпитування хворої дитини залежно від віку.
7. Структура і функції педіатричного стаціонару.
8. Структура і функції дитячої поліклініки.
9. Прийом та реєстрація хворих.
10. Правила заповнення медичної документації дитячої поліклініки.
11. Правила заповнення медичної документації педіатричного стаціонару.

**ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ,
САНИТАРНА ОБРОБКА І ТРАНСПОРТУВАННЯ ХВОРИХ ДІТЕЙ.
ОРГАНІЗАЦІЯ САНИТАРНО-ГІГІЄНИЧНОГО ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО
РЕЖИМУ. ОСОБИСТА ГІГІЄНА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ**

**Функції приймального відділення
педіатричного стаціонару**

Належний рівень медичної допомоги у стаціонарі багато в чому залежить від роботи приймального відділення, яке є структурним підрозділом дитячої лікарні.

Основні функції приймального відділення:

- прийом хворих дітей;
- госпіталізація дітей у відділення відповідного профілю;
- надання (за необхідності) невідкладної допомоги;
- організація заходів запобігання виникненню інфекційних захворювань у лікарні;
- оформлення і належне ведення медичної документації.

У приймальному відділенні мають бути організаційно-функціональна структура і кількість відповідних приміщень, яка відповідає профілю і потужності стаціонару. Дуже важливо, щоб персонал приймального відділення завжди уважно ставився до хворої дитини, враховував стан дитини, хвилювання батьків, терпляче вислуховував скарги як самої дитини, так і осіб, що її супроводжують.

Робота приймального відділення *ведеться у певній послідовності:*

1. Реєстрація дитини, яку доставили до стаціонару, в журналі госпіталізації, заповнення титульної сторінки медичної карти стаціонарного хворого.
2. Огляд лікаря, який фіксує дані анамнезу та об'єктивного обстеження дитини в історію хвороби.
3. Первинна діагностика захворювання і надання необхідної медичної допомоги.
4. Вимірювання температури тіла та антропометрія (визначення зросту, маси тіла, обводу голови та грудної клітки).
5. Огляд дитини на педикульоз і коросту. Проведення необхідної санітарної обробки, спосіб якої призначає лікар.
6. Транспортування хворої дитини у відділення відповідного профілю.

**Документація, що її заповнюють
у приймальному відділенні дитячої лікарні**

- Журнал реєстрації хворих, яких доставлено до стаціонару, та відмови від госпіталізації — облікові форми 001/о, 001—1/о.
- Медична карта стаціонарного хворого — облікова форма 003/о.
- Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару, — облікова форма № 066/о.

- Листок лікарських призначень — облікова форма 003—4/о.
- Температурний листок — облікова форма 004/о.
- Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення — облікова форма 058/о.
- Журнал обліку інфекційних захворювань — облікова форма 060/о.

Санітарно-гігієнічний режим приймального відділення. Госпіталізація, санітарно-гігієнічна обробка і транспортування хворих дітей

Режим роботи педіатричного стаціонару передбачає виконання необхідних санітарно-гігієнічних вимог і проведення дезінфекційних заходів.

Виконання санітарно-гігієнічного режиму починається з приймального відділення. Оглядова кімната і ванна кімната приймального відділення повинні утримуватися в бездоганній чистоті. Після того, як дитину оглянули, проводять обробку предметів (шпатель, термометри) і меблів (кушетки, стільці та ін.), яких торкався хворий. Клейончасту подушку і клейонки на кушетці після кожного хворого обробляють 0,2 % розчином хлорантоїну або іншим дезінфекційним засобом (Додаток 4). Простирадла на кушетці також слід перемиювати після кожного хворого.

Після огляду дитини лікар приймального відділення за потреби призначає їй гігієнічну ванну або душ. Якщо стан дитини вкрай тяжкий або дитина непритомна, їй одразу надають невідкладну допомогу і доставляють у реанімаційне відділення.

Госпіталізація хворих дітей. Хворих дітей доставляють до стаціонару за направленням дільничних лікарів поліклінік, лікарів швидкої допомоги, лікарів-консультантів спеціалізованих клінік тощо. У разі виникнення важкого або невідкладного стану дитину можуть доставити батьки без направлення (самозвернення).

Показання до стаціонарного лікування, а також профіль дитячого стаціонару визначає лікар, який направляє дитину до стаціонару, проте в разі появи нових симптомів або погіршення стану дитини під час огляду у приймальному відділенні — визначає лікар приймального відділення. Дітей раннього віку госпіталізують з одним із батьків. Під час госпіталізації необхідно дотримуватися поетапного заповнення палат, що передбачає відсутність контактування з дітьми, які вже на стадії одужання.

Якщо в дитини інфекційне захворювання (кір, скарлатина, кашлюк, вітряна віспа, кишкові інфекції та ін.), її госпіталізують в інфекційну лікарню.

Дітей з неінфекційною патологією (уроджені вади розвитку, гіпотрофія, рахіт, хронічні захворювання серця, травного тракту, нирок, порушення обміну та ін.) госпіталізують у профільні соматичні відділення.

Якщо потрібно надати допомогу дитині з гострою хірургічною патологією або для проведення планової операції, її госпіталізують у дитяче хірургічне відділення багатопрофільної лікарні або спеціалізоване відділення: кардіохірургічне, урологічне, торакальної хірургії тощо.

Санітарно-гігієнічну обробку хворої дитини в приймальному відділенні проводять з урахуванням тяжкості її стану. Якщо дитині потрібно надати невідкладну допомогу, це роблять після поліпшення її стану.

У санпропускнику приймального відділення є оглядова кімната, в якій дитину готують до приймання гігієнічної ванни. Перед цим ванну ретельно миють.

Мити хвору дитину потрібно в певній послідовності: спочатку голову, потім тулуб і нижні кінцівки. Особливо ретельно миють місця, де зазвичай накопичуються піт та виділення, що призводить до попрілостей (пахова ділянка, промежина). Якщо за станом здоров'я ванна протипоказана хворому, призначають душ або інші гігієнічні заходи відповідно до її стану (підмивання, миття природних складок шкіри, забруднених ділянок тощо). Після кожної хворої дитини ванну миють мочалкою і обробляють дезінфекційним розчином.

Огляд на педикульоз. Педикульоз (вошивість) передається під час безпосереднього контакту з хворим та у разі користування його одягом і предметами особистої гігієни. Виникнення педикульозу спричинюють: неохайність, порушення санітарно-гігієнічних правил, велика скупченість людей (вокзали і т. ін.), незадовільна організація санітарно-освітньої роботи.

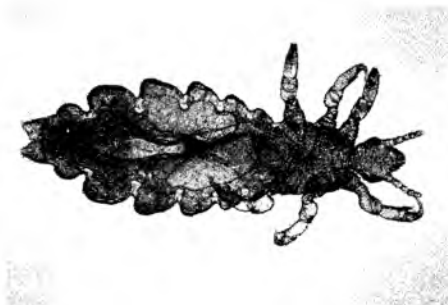
Після госпіталізації медична сестра приймального відділення повинна оглянути голову дитини на наявність педикульозу.

У разі виявлення вошей та гнид (мал. 93, 94) проводять *спеціальну санітарну обробку*: не роздягаючи хворого, обробляють волосся одним з інсектицидних розчинів:

- 20 % водно-мильна суспензія бензилбензоату (10—30 мл);
- 10—20 % мазь бензилбензоату;
- лосьйон “Нітифор”;
- крем-шампунь “Нок” (1 % розчин перметрину);
- емульсія або шампунь “Педилін” (0,5 % розчин малатіону);
- аерозоль “Пара плюс” — комбінований препарат, який містить малатіон, перметрин, піперонілу бутоксид;
- шампунь “Рід” (0,5 % розчин малатіону);
- шампунь “Анти-біт” (0,5 % розчин малатіону);
- пінистий лосьйон або аерозоль “Ітакс” (3 % розчин фенотрину);
- шампунь “Нікс” (3 % розчин перметрину);

Термін експозиції становить 10—30 хв залежно від обраного засобу (згідно з інструкцією до застосування). Після обробки спеціальним засобом голову дитині миють гарячою водою звичайним шампунем. Волосся розчісують густим гребінцем. Процедуру повторюють через 7—10 днів. Виявлення педикульозу фіксують в історії хвороби, а інформацію передають у районну СЕС.

Якщо педикульозом заражений одяг, його кип'ятять у 2 % розчині кальцінованої соди протягом 15 хв, після чого в окремому мішку відправляють на дезінфекцію — прожарювання в спеціальних камерах.



Мал. 93. Головна воша



Мал. 94. Гниди головної воші



Мал. 95. Коростяний кліщ (а) і ділянки шкіри, уражені коростяним кліщем (б)

Під час огляду на коросту звертають увагу на ділянки тіла, найбільш схильні до ураження: кисті рук, нижня частина живота, внутрішня поверхня стегон (мал. 95). У дітей трапляються нетипові локалізації коростяного кліща.

У разі виявлення корости проводять *санітарну обробку* спеціальними засобами за інструкцією:

- аерозоль “Спрегаль” (есдепалетрин і піперонілу бутоксид);
- аерозоль “Спрей-пакс” (екстракт піретруму і піперонілу бутоксиду);
- лосьйон або аерозоль “Ітакс” (3 % розчин фенотрину);
- шампунь “Нікс” (3 % розчин перметрину);
- 20 % суспензія водно-мильна бензилбензоату (10—30 мл);
- 10—20 % мазь бензилбензоату.

Транспортування хворих дітей. Із приймального відділення хворих дітей транспортують у відділення враховуючи їхній загальний стан.

Транспортування у відділення здійснюють:

- а) пішки, у супроводі медпрацівника;
- б) у кріслі-каталці;
- в) на ношах;
- г) на руках у батьків або медперсоналу.

Питання про вид транспортування вирішує лікар залежно від стану хворої дитини. Якщо стан задовільний, дитину старшого віку у відділення супроводжує медичний працівник пішки. Деяких хворих доцільно доставити у відділення в кріслі-каталці. Тяжкохворих транспортують на ношах, застелених чистим простираллом і ковдрою (залежно від пори року) та встановлених на спеціальну каталку.

У палаті дитину, яка в тяжкому стані, перекладають з носилок на ліжко. Якщо дитину старшого віку переносить одна людина, то треба підвести одну руку під лопатки, а другу — під стегна; при цьому бажано, щоб дитина охопила за шию того, хто її несе. Якщо хвору дитину переносять 2 людини, то одна з них підводить руки під лопатки дитини ближче до шиї і під поперек, друга — під сідниці та гомілки. Для перенесення різко ослаблених і тяжкохворих потрібна третя людина: перша тримає голову і груди, друга — поперек і стегна, третя — гомілки.

Поняття про лікувально-охоронний, санітарно-гігієнічний режими, особливості їх застосування у дитячій лікарні

У кожному дитячому лікувальному закладі запроваджено внутрішньолікарняний режим — це визначений порядок, який встановлено у цьому закладі.

Однією з найважливіших умов *лікувально-охоронного режиму* є шадіння психіки хворої дитини та її матері, яка доглядає її, створення сприятливих умов, що забезпечують хворим максимальний фізичний та психологічний спокій. Найважливішим

для цього є встановлення найраціональнішого режиму (розпорядку) дня відповідно до віку хворих дітей і профілю відділення, який передбачає передусім усування несприятливих зовнішніх впливів навколишнього середовища (голосні розмови, шум, грюкання дверима та ін.). Зміну персоналу, прибирання приміщень, вимірювання температури тіла проводять після того, як хворі прокинуться і не раніше 7-ї години ранку.

Важливо усувати негативні емоції, що можуть виникнути у хворих у зв'язку зі спогляданням предметів медичного догляду (закривавлена білизна, шприци та скальпелі, ємкості, наповнені брудними ватою та бинтами).

Велике значення має організація дозвілля хворих: розміщення стендів для книг, пам'яток щодо раціонального вигодовування, пропаганди здорового способу життя, з якими можуть ознайомлюватися батьки або ті, хто доглядає хворих дітей, та діти старшого віку. Для дітей, котрі одужують, у стаціонарі має бути ігрова кімната. Прогулянки на свіжому повітрі, особливо влітку, також є складовою лікувального процесу.

Для забезпечення *санітарно-гігієнічного режиму* не рідше двох разів на день у всіх відділеннях дитячої лікарні проводять загальне вологе прибирання із використанням дезінфекційних засобів. Під час прибирання спочатку протирають тумбочки, ліжка, ручки дверей та ін., потім миють підлогу. Інвентар для прибирання має бути промаркованим і зберігатися в окремій кімнаті.

Санітарно-гігієнічними нормами педіатричного відділення стаціонару передбачено виділення кожній хворій дитині ліжка, застеленого чистою білизною, приліжкової тумбочки для зберігання особистих речей. За необхідності дитині видають горщик, підкладне судно, предмети індивідуального користування (поїльник, чашку, одяг). У хворих мають бути із собою предмети особистої гігієни.

Не рідше одного разу на 7—10 днів (за потреби частіше) хворій дитині проводять гігієнічну ванну з повною переміною натільної і постільної білизни, щодня здійснюють туалет; перед споживанням їжі дитина обов'язково миє руки. Для тяжко хворих дітей умивання організовують біля ліжка.

Важливим моментом є провітрювання палат не менше ніж 4 рази на день незалежно від пори року, а також кварцування їх згідно з графіком, який складають безпосередньо у відділенні. Під час проведення цих заходів дітей виводять (вивозять) в інші приміщення (коридор, їдальню, ігрову кімнату). В інфекційному відділенні ці заходи мають проводити суворо відповідно до вимог санітарно-гігієнічних норм, згідно з якими можливість інфікування інших хворих виключена.

Температура повітря в палаті та приміщеннях, де перебуває хвора дитина старшого віку, повинна становити 20—22 °С; у палаті для немовлят — 23—24 °С, для новонароджених оптимальною (безпечною) вважається температура 25—28 °С. У разі зниження температури в палатах їх додатково потрібно обігрівати зі збереженням необхідної вологості. Вища температура повітря небажана, оскільки можливе перегрівання дитини.

Освітлення палат може бути природним або штучним, останнє має становити 75—100 люкс; рівень шуму не повинен перевищувати 50 дБ.

У палатах для грудних дітей мають бути спеціальні дитячі ліжка з відкидними спинками, які фіксуються на різній висоті; приліжкові тумбочки, сповивальний стіл, шафи для білизни, ванночки для купання дитини, бачки для замочування брудної білизни, санвузол. Набір іграшок — індивідуальний, відповідно до віку ди-

тини. Іграшки повинні легко митися. Особливу увагу приділяють збиранню брудної білизни, стерилізації сосок та пляшок для дитячого харчування. Кип'ятіння сосок, миття пляшечок — трудомісткий процес і повинен ретельно виконуватись. Цю роботу виконує спеціально виділена для цього молодша медична сестра, яка одночасно може займатися роздачею їжі.

У дитячих стаціонарах необхідно запобігати поширенню інфекційних хвороб та виникненню реінфекцій серед дітей. Цьому сприяє приймання хворих з довідками про епідемічне оточення, наявність боксів, поетапне заповнення палат, дотримання *протиепідемічного режиму* у відділенні та в лікарні у цілому.

Протиепідемічний режим у стаціонарі передбачає:

- суворе дотримання правил прийому на роботу персоналу;
- забезпечення своєчасного проходження обов'язкових профілактичних медичних оглядів;
- виконання правил особистої гігієни з боку персоналу та пацієнтів;
- достатню кількість мийних і дезінфекційних засобів, спецодягу, інвентарю для прибирання та проведення дезінфекції у відділенні;
- суворе виконання молодшим персоналом вимог до прибирання і зберігання інвентарю для прибирання.

Перед госпіталізацією дитини в стаціонар необхідно з'ясувати, чи мала вона контакт з інфекційними хворими вдома або школі (дитячому садку) за останні 3 тиж. (максимальна тривалість інкубаційного періоду більшості дитячих інфекційних хвороб). Установити, чи були в неї розлади кишок протягом останніх 3 діб. Ця інформація має бути відображена в направленні дільничного педіатра. Навіть за відсутності даних про контактування з інфекційними хворими лікар приймального відділення обов'язково оглядає дітей щодо наявності інфекційного захворювання. Якщо є підозра або діагностовано інфекційне захворювання, хвору дитину негайно ізолюють у *бокс* або направляють в інфекційну лікарню, а приміщення, де був хворий, предмети і меблі знезаражують (дезінфікують). Основним призначенням боксу є ізоляція хворих дітей з підозрою на інфекційне захворювання. Існують відкриті і закриті бокси. У відкритих боксах хворих розділено перегородками, встановленими між ліжками. Прикладом закритого боксу є Мельцерівський бокс. Конструкція його передбачає усунення будь-якого контактування хворої дитини з іншими дітьми протягом усього періоду лікування. Структура цього боксу така: тамбур, палата, санвузол, окремий вхід для персоналу (шлюз).

Хвору дитину доставляють у бокс безпосередньо з вулиці, а при виписуванні або переведенні в іншу лікарню користуються тим же шляхом. Медичний персонал входить до шлюзу з внутрішнього коридора, щільно зачиняючи зовнішні двері, мие руки, за потреби надягає інший халат, шапочку, маску, після цього переходить у приміщення, де лежить хворий. Вихід із палати — у зворотній послідовності. Для запобігання поширенню інфекції стежити за тим, щоб у момент відчинення дверей між шлюзом і коридором відділення двері в палату були щільно зачиненими.

До роботи в дитячому стаціонарі допускають тільки здоровий персонал, який пройшов медичне обстеження.

У інфекційних відділеннях, відділеннях новонароджених, у період епідемій медичні працівники обов'язково повинні носити маски, які мають закривати рот і ніс. Використовувати маски також потрібно під час виконання деяких медичних маніпуляцій або санітарної обробки хворих. Кожні 4 год маску перемінюють, тому що

тривале носіння маски знижує ефективність її дії як фільтра для мікроорганізмів. Маска може бути марлевою — для багаторазового використання або одноразовою з нетканого текстилю.

У дотриманні протиепідемічного режиму в лікарні важливе значення має правильна організація харчування дітей, приготування їжі, її транспортування і роздавання, а також дотримання умов зберігання продуктів харчування. Зберігати продукти харчування в тумбочках категорично забороняється; для цього в буфетній або їдальні повинен бути холодильник.

Особливу увагу слід приділяти профілактиці нозокоміальних (внутрішньолікарняних) інфекцій.

Система заходів, спрямованих на знищення збудників хвороб і створення умов, які перешкоджають поширенню їх у навколишньому середовищі, називається **дезінфекцією**. Розрізняють дезінфекцію *осередкову*, що її проводять в епідемічному осередку, та *профілактичну*.

Осередкова дезінфекція поділяється на *поточну* і *заключну*.

Поточна дезінфекція — це знешкодження всіх збудників хвороби негайно після виділення їх із джерела інфекції: оброблення предметів хворого (ємкостей, де були фізіологічні виділення, предметів догляду, білизни, посуду для їжі та ін.). Поточна дезінфекція найбільше значення має при кишкових інфекціях. Систематично проводять вологе прибирання приміщення, де перебуває хворий, за допомогою дезінфекційних розчинів, кип'ятять іграшки, посуд тощо. Одним із засобів поточної дезінфекції при краплинних інфекціях є ультрафіолетове опромінювання (кварцування) приміщень. Під час кварцування палат дітей виводять в інші приміщення.

Заключну дезінфекцію проводять співробітники дезінфекційної станції після того, як інфекційне захворювання ліквідовано. Дезінфекції підлягають приміщення, де перебував хворий, усі предмети домашнього вжитку, одяг хворого. Для дезінфекції приміщень використовують механічне прибирання (миття, відбілювання) з використанням дезінфекційних розчинів. Білизну, посуд і предмети побуту обробляють так само, як під час поточної дезінфекції.

Профілактичну дезінфекцію проводять для запобігання інфекційним захворюванням у лікувально-профілактичних установах. Вона включає знезаражування води (кип'ятіння), миття ванн, палат після виписування хворих із використанням дезінфекційних розчинів, миття рук перед їдою, пастеризація або кип'ятіння молока, боротьба з переносниками збудників інфекційних хвороб.

Для проведення дезінфекції використовують *фізичні* (механічні, термічні, променеві) та *хімічні* способи.

Механічні способи: прання білизни, миття рук, провітрювання палат, видалення пилу і бруду (пилососом, вологою ганчіркою тощо).

Термічні способи — кип'ятіння, прасування, спалювання, обробка водяною парою (у автоклавах), прожарювання (в сухожарових шафах). Використовують для дезінфекції предметів догляду за хворими, посуду, натільної та постільної білизни.

Променеві способи: ультрафіолетове опромінювання (кварцування), ультразвук, радіоактивне випромінювання. Використовують для дезінфекції палат, процедурних кабінетів.

Хімічні способи дезінфекції є найпоширенішими. Використовують антисептики для рук, шкіри і слизових оболонок; дезінфекційні засоби для обробки твердих поверхонь, інструментарію та устаткування, а також вологого прибирання при-

мішень (Додаток 9). Усі ці засоби застосовують відповідно до інструкції, що додається.

Ефективність дезінфекційних заходів підвищується при поєднанні різних способів, наприклад, механічного та хімічного (застосування пральних порошоків, засобів для миття рук, дезінфекційних розчинів для обробки поверхонь тощо).

Профілактичну і поточну дезінфекцію в епідемічному осередку проводять молодші медичні сестри і медичні сестри. Для проведення заключної дезінфекції в епідемічному осередку можна запрошувати співробітників центру санітарно-епідеміологічного нагляду і дезінфекційних станцій.

Інвентар для проведення дезінфекційних заходів (відра, швабри, ганчірки та ін.) маркують і використовують лише в приміщеннях, для яких вони призначені.

Вологе протирання меблів проводять щодня. Панелі миють або протирають вологою ганчіркою 1 раз на 3 дні. Верхні частини стін, стелю, плафони очищують від пилу 1 раз на тиждень; з такою самою частотою протирають віконні рами і двері. Дуже важливе значення має щоденне вологе протирання радіаторів і труб центрального опалення, оскільки при нагріванні пилу може утворюватися оксид вуглецю, що є неприпустимим. М'які речі (килими, штори, покривала, ковдри, подушки) вибивають і витрушують на відкритому повітрі або чистять пилососом.

Особливості санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму під час догляду за новонародженими

Догляд за новонародженими має певні особливості, які передусім стосуються дотримання правил, що ґрунтуються на концепції ВООЗ відносно фізіологічного догляду за дитиною, що передбачає обмеження медичних утручань (наказ № 152 від 04.04.2005 р. "Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною").

Основними вимогами до молодшого медичного персоналу під час роботи з новонародженими є підтримання необхідного санітарно-епідемічного режиму для запобігання внутрішньолікарняним інфекціям (ВЛІ), що значною мірою залежить від дотримання правил і техніки миття та антисептики рук як самим медичним персоналом, так і матір'ю та членами родини, які доглядають за дитиною.

Основні види обробки рук

Звичайне миття рук з милом. Проводять для видалення бруду і транзиторної мікрофлори, яка заселяє шкіру рук медичного персоналу внаслідок контакту з інфікованими об'єктами.

Показання до миття рук:

- перед і після контактування з пацієнтом;
- після відвідування туалету;
- перед і після споживання їжі;
- завжди, коли руки забруднені.

Дуже важливим є дотримання спеціальної техніки миття рук (див. нижче), тому що під час рутинного миття рук подушечки пальців і внутрішня поверхня залишаються контамінованими.

Техніка миття рук:

- зняти персні та інші прикраси, оскільки вони утруднюють ефективне видалення мікроорганізмів;
- під помірним тиском теплої води енергійно намилити руки і терти одну об одну не менше 15 с, необхідно охопити всю поверхню долоні і пальці, після чого руки сполоснути;
- висушити руки паперовим рушником;
- для висушування рук не слід користуватися загальним рушником багаторазового користування;
- каблучки, лак для нігтів ускладнюють видалення мікроорганізмів;
- для миття рук використовувати рідинне мило з дозатором.

Дозатори багаторазового використання з часом контамінуються, тому не слід додавати рідинне мило в частково заповнений дозатор. Дозатор необхідно вимити, висушити і лише після цього наповнювати новою порцією мила.

Гігієнічна антисептика передбачає видалення і знешкодження транзиторної мікрофлори з використанням антисептичних препаратів. Спиртові антисептики ефективніші за водорозчинні.

Показання до гігієнічної антисептики рук:

- перед виконанням інвазивної процедури;
- перед і після маніпуляції на рані;
- перед і після маніпуляції з катетерами;
- перед використанням рукавичок і після зняття їх;
- після контактування з виділеннями і предметами, які містили кров або мають вірогідність мікробної контамінації.

Техніка проведення гігієнічної антисептики:

- у разі сильного забруднення рук спочатку вимити їх водою з рідинним милом, а потім використати антисептик;
- спиртовий антисептик (5 мл) нанести на руки і втирати до висихання (руки не витирати).

Використання рукавичок не замінює миття рук та їх антисептичну обробку. Після догляду за пацієнтом рукавички потрібно зняти. Заборонено використання однієї пари рукавичок для догляду за двома пацієнтами, навіть за умови миття і антисептичної обробки рукавичок.

Показання до використання рукавичок:

- завжди, коли можливий контакт із кров'ю або іншими потенційно контамінованими матеріалами, слизовою оболонкою;
- рукавички знижують ризик професійного зараження у разі контактування з інфікованими пацієнтами та їхніми виділеннями;
- рукавички знижують ризик зараження пацієнтів мікробами, які є частиною резидентної флори рук медичних працівників;
- рукавички знижують ризик заселення рук персоналу транзиторними збудниками і наступного передавання їх пацієнтам.

Робота молодшого медичного персоналу передбачає прибирання палат і контактування з інвентарем для прибирання.

Вологе прибирання приміщень спільного перебування матері та дитини в пологовому будинку, а також у відділенні патології новонароджених дитячого стаціонару проводять не менше 2 разів на добу, із них 1 раз із застосуванням мийних засобів. Замість кварцування приміщень рекомендується провітрювати їх.

Індивідуальні палати спільного перебування матері та дитини після виписування або переведення до інших стаціонарів прибирають за типом заключної дезінфекції з наступним провітрюванням. Штори, фіранки, штучні квіти, плакати, якщо вони не забруднені біологічною рідиною, дезінфекції не підлягають. Обробку їх проводять за потреби.

Інвентар для прибирання (відра, тази, ганчірки) після обробки приміщення ретельно миють із використанням мийних засобів, споліскуюють, висушують і зберігають у санітарній кімнаті, яка є в кожному відділенні.

Під час виписування використану домашню білизну матері та новонародженого віддають додому в поліетиленових пакетах без попереднього знезараження. Лікарняну білизну збирають у поліетиленовий або прогумований мішок і виносять в окрему кімнату для використаної білизни, негайно видаляють із відділення для сортування до спеціально виділеного приміщення. Після сортування білизну складають у бавовняний мішок, який поміщують у гумовий або поліетиленовий одноразовий мішок і доставляють до пральні. Випрану лікарняну натільну білизну для новонароджених, роділей і породілей комплектують в індивідуальні пакети і стерилізують. Після стерилізації білизна має бути сухою.

Подушки, ковдри, матраци, обшиті клейонкою, обробляють дезінфекційними засобами, не обшиті клейонкою — знезаражують у дезінфекційній камері.

Робочий одяг медичного персоналу перуть за температури 90 °C (у стаціонарі можна використовувати побутові автоматичні пральні машини). Після цього його прасують.

Недотримання молодшим медичним персоналом вимог санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму в пологовому будинку тягне за собою адміністративну, а часом і кримінальну відповідальність.

Поняття про особисту гігієну медичного персоналу

Особиста гігієна медичного персоналу є одним із суттєвих чинників дотримання протиепідемічного режиму в дитячій лікарні. До роботи в дитячій лікувально-профілактичній установі допускаються тільки здорові люди, які пройшли повне медичне обстеження. Під час оформлення на роботу медичні працівники проходять ретельний огляд терапевта, дерматовенеролога, гінеколога, стоматолога, оториноларинголога. Проводять флюорографію органів грудної клітки, бактеріологічне дослідження слизу із зівка, носа, посів випорожнень на кишкову флору, серологічну реакцію на сифіліс. Не допускаються до догляду за дітьми особи з гноячковими та паразитарними захворюваннями шкіри, інфекційними хворобами, туберкульозом. Обстеження проводять один раз на рік. Усі вони мають велике значення для своєчасного виявлення хворих серед персоналу, що є одним із заходів профілактики захворювань у дітей у дитячих відділеннях.

У медичного працівника повинен бути охайний зовнішній вигляд, коротко обрізані нігті. Не слід користуватися парфумами з різким запахом, оскільки це може спричинювати в дитини алергійні реакції. До і після кожної маніпуляції медсестра мие руки теплою водою з милом або обробляє їх спеціальним дезінфекційним розчином. Під час виконання призначень знімають персні, годинники.

На час чергування медсестра взуває спеціальне взуття (тапочки), щоб безшумно пересуватися у відділенні. Тапочки повинні легко піддаватися дезінфекції. Халат,

головний убір і тапочки після закінчення чергування (зміни) залишають у спеціально відведеній для медичного працівника шафі.

Є випадки, коли медичний працівник обов'язково повинен носити маску, що закриває рот і ніс. Обов'язково маску повинен надягати персонал відділень новонароджених, інфекційних палат і боксів, процедурного кабінету, а також у період епідемій. Маски зазвичай виготовлені з марлі, складеної в 4 шари. Кожні 4 год (а іноді й частіше) маску треба міняти, тому що тривале носіння знижує ефективність її дії як фільтру для мікробів. Використані маски кладуть в окремий посуд, кип'ятять і прасують. Нині частіше використовують одноразові маски, виготовлені з нетканого текстилю.

ОСОБЛИВОСТІ ГІГІЄНИ НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ 1-ГО РОКУ ЖИТТЯ І ДОГЛЯД ЗА НИМИ В СТАЦІОНАРІ. ДЕЗІНФЕКЦІЯ ТА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ПРЕДМЕТІВ ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ

Особливості догляду за новонародженими дітьми. Адаптація новонароджених дітей

Період новонародженості — це період пристосування дитини до позаутробного життя, який характеризується фізіологічною перебудовою всіх функціональних систем організму: появою самостійного дихання, зміною кровообігу, становленням фізико-хімічних та морфологічних параметрів крові, пристосуванням до ентерального (грудного) вигодовування.

У перші дні після народження дитині дуже важливо створити кваліфікований догляд, який формує оптимальні умови для забезпечення її адаптації та виживання.

Загальний рівень пристосування новонародженої дитини до нових умов повинен відповідати основним показникам адаптації (табл. 5).

Таблиця 5. Показники адаптації новонародженої дитини

Ознака	Нормальні межі
Частота серцебиття	100—160 за хвилину
Частота дихання	30—60 за хвилину
Колір шкіри	Рожевий, відсутній центральний ціаноз
Руки	Активні
М'язовий тонус	Задовільний
Температура тіла	36,5—37,5 °C

Догляд за здоровою новонародженою дитиною (мал. 96). Відразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, обсушує голову і тіло дитини підігрітою стерильною пелюшкою, надягає чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою.

Під час обсушування зі шкіри новонародженого немовляти видаляють амніотичну рідину, кров, меконій. Залишки пологової змазки не видаляють. У разі забруднення тіла інфікованими навколоплідними водами дитину купають у перевареній воді, ретельно обсушують, не допускаючи її переохолодження.

Слід зауважити, що більшість новонароджених дітей не потребують медичних утручань (зокрема відсмоктування слизу з ротової та носової порожнин), що їх застосовували раніше. Якщо виникає потреба, цю маніпуляцію проводять за допомо-

гою груші, а не електровідсмоктувача, оскільки у разі її використання вірогідність ускладнень менша.

Після закінчення пульсації пупкового канатика, але не пізніше ніж через 1 хв після народження дитини, акушерка, змінивши стерильні рукавички, перетискає та відрізує пупковий канатик (мал. 97). За умови задовільного стану дитину перекладають на груди матері. Таким чином реалізується контакт "шкіра до шкіри". Це запобігає втратам тепла організмом дитини та сприяє колонізації його мікрофлорою матері.

З появою пошукового і смоктального рефлексів у новонародженого акушерка допомагає провести перше раннє прикладання його до грудей.

Температуру тіла новонародженого вимірюють через 30 хв після народження у паховій (аксиллярній) ямці електронним термометром. Результати термометрії записують у карту розвитку новонародженого (ф. 097/о).

Після контакту матері та дитини "очі в очі" (але не пізніше 1 год життя дитини) акушерка після обробки рук проводить профілактику офтальмії в новонародженого із застосуванням 0,5 % еритромицинової або 1 % тетрациклінової мазі (ураховуючи головну роль хламідій у виникненні кон'юнктивіту новонародженого). Ця маніпуляція одноразова, проводять її згідно з інструкцією до застосування.

Контакт "шкіра до шкіри" проводять у пологовій залі протягом 2 год. Після його завершення акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, клемиє залишок пупкового канатика стерильною одноразовою клемою (мал. 98), проводить антропометричні вимірювання (див. тему 23).

Під час перерізування пупкового канатика та клемування його залишку необхідно дотримуватися таких правил:

- ретельно вимити руки;
- використовувати тільки стерильні інструментарій і рукавички;
- використовувати чистий (можна домашній) одяг дитини;



Мал. 96. Новонароджена дитина



Мал. 97. Перерізування пупкового канатика



Мал. 98. Клемування пупкового канатика

- не накривати залишок пупкового канатика підгузником;
- ретельно стежити за ознаками інфекції (гіперемія, набряк; гнійне або сукровичне виділення, неприємний запах).

Акушерка або медсестра налягає на дитину чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг. Дитину з матір'ю вкривають ковдрою і переводять у палату спільного перебування.

Найважливішими умовами забезпечення задовільного стану новонародженого є дотримання умов “теплого ланцюжка”, тобто забезпечення необхідного температурного режиму. Недотримання відповідного теплового режиму підвищує ризик розвитку в новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень ЦНС. Оптимальною вважається температура повітря 25—28 °С. У приміщенні не повинно бути протягів від вікон, дверей та кондиціонерів або вентиляторів. Усі речі, необхідні для дитини (пелюшка, шапочка, повзуни, сорочечки, шкарпетки, ковдра), потрібно підготувати й підігріти заздалегідь. Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що знижує ефективність підтримання тепла, обмежує загальні та дихальні рухи дитини.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження не рекомендують, оскільки відбувається втрата тепла, тому ці процедури відкладають; зважують дитину після контакту “шкіра до шкіри” безпосередньо перед переведенням у палату спільного перебування, а купання доцільно розпочинати вдома. Перед виписуванням дитину обов'язково зважують для контролю фізіологічної втрати маси тіла.

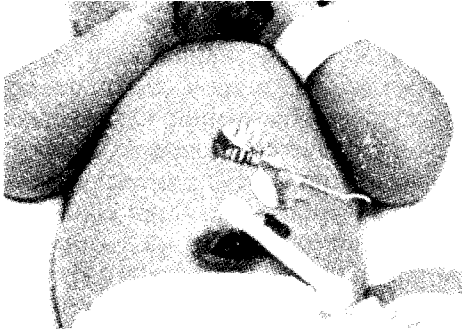
Медичні втручання (у тому числі і реанімаційні заходи) також проводять у належних теплових умовах. Якщо дитина народилася шляхом кесаревого розтину, її транспортують у куветі або в дитячому ліжечку обов'язково вкривши теплою ковдрою.

Спільне перебування матері та новонародженого в одній палаті (кімнаті) триває від моменту народження до моменту виписування з пологового стаціонару. Воно включає контакт матері та дитини “шкіра до шкіри” в пологовій залі; спільне транспортування дитини з матір'ю в палату спільного перебування; виключно грудне вигодовування на вимогу дитини; догляд матері за дитиною із залученням членів родини та за допомогою медичного персоналу; обґрунтовану мінімізацію медичних втручань. Усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на фенілкетонурію, гіпотироз тощо) виконують у палаті спільного перебування та з *дотриманням вимог поінформованої згоди матері*.

Термометрію проводять 2 рази на добу. Протягом 1-ї доби медсестра навчає матір, яка надалі сама вимірює температуру тіла дитини. Догляд за шкірою та підмивання теплою проточною водою в 1-у добу здійснює медсестра, навчає матір, яка надалі робить це самостійно.

Догляд за залишком пупкового канатика

Як зазначалося вище, одразу після народження дитини пупковий канатик зажимають і перерізують. Через 2 год на залишок пупкового канатика накладають стерильну одноразову клеми на відстані 0,3—0,5 см від пупкового кільця. *Якщо матір і дитина перебувають разом, залишок пупкового канатика нічим не обробляють.* Після перерізування та клемивання залишку пупкового канатика починається його колонізація мікрофлорою матері, лейкоцитна інфільтрація; під дією повітря пупко-



Мал. 99. Підсихання залишку пупкового канатика



Мал. 100. Відпадання залишку пупкового канатика

вий залишок поступово підсихає, стає твердим і темним (мал. 99). Фізіологічний термін відпадання залишку пупкового канатика — від 5 до 15 діб (мал. 100).

Накладання пов'язок на залишок пупкового канатика та рутинне використання антисептиків знижує рівень колонізації шкіри дитини мікрофлорою матері та лейкоцитну інфільтрацію пупкового канатика, може подовжити терміни відпадання залишку пупкового канатика, спричинити інфікування його госпітальною флорою. Обробляти залишок антисептичними засобами та антибіотиками недоцільно, і проводять лише за показаннями або за відсутності раннього контакту матері й дитини.

Якщо дитина і мати перебувають окремо один від одного, залишок пупкового канатика обробляють 1 % розчином брильянтового зеленого. За загоєнням ведуть ретельне спостереження.

Необхідно стежити за чистотою одягу дитини. У разі забруднення залишку пупкового канатика сечю або випороженнями відразу вимити його перевареною водою з милом, добре висушити чистою пелюшкою або серветкою. Медичний персонал зобов'язаний навчити матір навичкам догляду за залишком пупкового канатика і пупковою ранкою. Дитину виписують без ознак інфекції в ділянці залишку пупкового канатика.

Особливості гігієни дітей залежно від статі та віку

В умовах педіатричного стаціонару догляд за дітьми раннього віку повинен бути особливо ретельним, оскільки імунітет хворої дитини може бути ослабленим, що спричинить виникнення інфекційних уражень шкіри та слизових оболонок. Догляд за дитиною зазвичай здійснює мати, а за відсутності її або родичів — медсестра. Процедури догляду залежать від віку, статі та загального стану дитини.

Догляд за ротовою порожниною. Здоровій дитині грудного віку чистити рота не треба, тому що можна легко поранити слизову оболонку і спричинити в ній запальний процес. Туалет ротової порожнини проводять за необхідності, зокрема, за наявності пліснявки — грибкового ураження, що нерідко виникає внаслідок ослаблення імунітету.

Техніка виконання: ватно-марлевым тампоном, змоченим 2 % розчином натрію гідрокарбонату, обробляють слизову оболонку в такій послідовності: язик, тверде піднебіння, щоки, присінок рота.

Починаючи з трьох років, дитину слід привчати полоскати рот після їди та перед сном, чистити зуби вранці і ввечері. Для цього використовують дитячу зубну пасту, яку наносять на дитячу зубну щітку. Зуби чистять із зовнішнього та внутрішнього боків рухами зубної щітки згори донизу та знизу вгору. Бажано, щоб діти після кожного споживання їжі полоскали рот теплою водою, ліпше ледь підсоленою (чверть чайної ложки натрію хлориду на склянку води) або водою із содою (3—5 г натрію гідрокарбонату на склянку води). Якщо дитина не спроможна самостійно прополоскати ротову порожнину, молодша медсестра (або матір) обробляє її ватними тампонами, змоченими у 2 % розчині натрію гідрокарбонату за допомогою пінцета. Обробляючи зуби, відсунути шпательом почергово праву та ліву щоки, щоб не занести інфекцію у вивідні протоки слинних залоз. За необхідності тампон змінюють, а маніпуляцію повторюють.

Догляд за очима проводять 2 рази на добу (уранці та ввечері перед купанням), а також за необхідності. Здорові очі промивають ватним тампоном, змоченим переважною водою (мал. 101).

Техніка виконання: два ватних тампони (окремо для кожного ока) змочують у воді, віджимають і проводять кожним тампоном від зовнішнього кута ока до перенісся. За необхідності повторення цієї маніпуляції слід брати новий тампон.

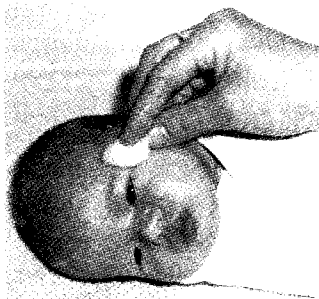
Закінчують процедуру оброблянням очних шлілин сухою серветкою з дотриманням тих же правил. У разі загрози виникнення кон'юнктивіту, а також у тяжко хворих дітей очі можна промити розчином фурациліну 1:5000 або іншим слабким антисептичним засобом (відваром ромашки, календули тощо).

Діти старшого віку туалет очей проводять під час умивання.

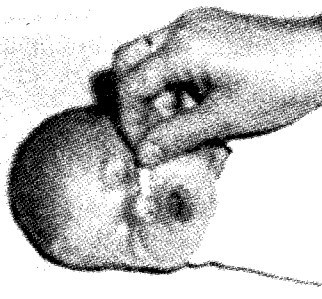
Догляд за носом проводять двічі на добу: зранку і ввечері (мал. 102).

Техніка виконання: змочені ізотонічним розчином натрію хлориду помірної пружності ватні джгутики, без твердої основи обертальними рухами уводять у носову порожнину на глибину до 1,0—1,5 см і так видаляють залишки слизу або кірочки до відновлення вільного дихання через ніс. Для кожного носового ходу використовують окремі джгутики.

Змочування ватного джгутика запобігає розвитку алергійних проявів з боку слизової оболонки носа, які можуть бути спричинені мікроросинками вати, що залишилися в носових ходах. Догляд за носовою порожниною потребує певних навичок. Старших дітей у разі виділень із носа й утрудненого носового дихання навчають, як обережно всіякатися, і забезпечують їх носовими хустинками.



Мал. 101. Туалет очей



Мал. 102. Туалет носа



Мал. 103. Туалет зовнішнього слухового ходу

Догляд за вухами (мал. 103) проводять за необхідності. Зазвичай обробляють вушну раковину. Її протирають ватним тампоном, змоченим у теплій перевареній воді.

Зовнішні слухові ходи прочищають сухими ватними джгутиками без твердої основи або спеціальними вушними паличками з обмежувачем. Не можна використовувати тверді речі, щоб не поранити ними шкіру зовнішнього слухового ходу і барабанну перетинку. Ця маніпуляція потребує обережності.

Техніка виконання: відтягнувши вушну раковину лівою рукою назад і донизу, медична сестра або лікар вводять у зовнішній слуховий хід джгутик і, роблячи декілька обертальних рухів, виймають його.

За необхідності джгутик змінюють, а маніпуляцію повторюють. Дитині 1-го року життя достатньо обробляти лише вушну раковину.

При виявленні в зовнішньому слуховому ході сірчаної пробки її видаляють. Для цього у вухо закачують кілька крапель 3 % розчину водню пероксиду і за допомогою ватної турунди обертальними рухами видаляють розм'якшену пробку. У разі утруднення, що виникне під час видалення сірчаної пробки, цю маніпуляцію здійснює оториноларинголог.

Догляд за нігтями. Нігті обрізують своєчасно, не рідше одного разу на тиждень так, щоб довжина вільного краю не перевищувала 1—1,5 мм. Обрізують нігті обережно ножицями з тупими кінцями, причому на пальцях рук округло, а на ногах — прямолінійно. Після обрізання нігтів ножиці обов'язково протирають ватою, змоченою 70 % етиловим спиртом або іншим дезінфекційним розчином (Додаток 9).

Догляд за волоссям — це миття голови і розчісування волосся. У кожної дитини повинен бути власний гребінець. Миють голову зазвичай (залежно від стану хворого) 1 раз на 7 днів. Дітям старшого віку, які перебувають на суворому постільному режимі, миють голову так: голову відкидають назад і на рівні шиї фіксують за допомогою валика або подушки; на головний кінець ліжка ставлять таз. Щоб запобігти намочуванню білизни під час миття, дитину вкривають тканиною, яка не пропускає вологу; голову намилюють шампунем або милом і обережно споліскують теплою водою, не допускають переохолодження дитини. Волосся висушують за допомогою рушника, пелюшки або фена.

Догляд за хворою дитиною і забезпечення її фізіологічних потреб залежно від віку

Особливості гігієни дітей та організація догляду за хворою дитиною в педіатричному стаціонарі передбачає врахування особливостей будови і функціонування всіх систем організму дитини залежно від віку, а також особливостей її психічного стану під час хвороби.

Вікові анатомічні та функціональні особливості *шкіри*, які характеризуються зниженням місцевого імунітету і недостатністю захисної функції, потребують від медичного персоналу чіткого дотримання гігієнічних вимог. Гігієнічний догляд за шкірою і слизовими оболонками дитини має надзвичайно важливе значення, бо вони є дуже ніжними, а роговий шар шкіри може легко злущуватися. Унаслідок цього утворюється садно, яке є вхідними воротами інфекції. Дитину з малих років треба поступово привчати самостійно мити руки, умиватися і т. ін. Те ж саме необхідно враховувати медичному персоналові під час проведення процедур, пов'язаних із доглядом або лікувальним процесом.

Під час роботи з дітьми медичний працівник повинен суворо дотримуватися таких правил:

- нігті на руках мають бути коротко обрізаними, щоб не ушкодити шкіру дитини;
- руки — ретельно вимиті. Для профілактики інфекційних захворювань після завершення догляду за однією дитиною потрібно вимити руки і лише потім займатися іншою;
- прикраси, які можуть спричинити подразнення шкіри дитини, зняти.

Оскільки дихання через шкіру в дитини є значно інтенсивнішим, ніж у дорослого, дитячий одяг, пелюшки, постільна білизна повинні бути легкими, виготовлені з бавовняної тканини. Це найбільш актуально при захворюваннях органів дихання.

Виконуючи призначення лікаря, пов'язані з місцевою дією лікарських засобів, необхідно враховувати підвищену проникність шкіри, особливо у дітей раннього віку. Особливості шкіри і слизових оболонок зумовлюють потребу в спеціально підбраному складі лікарських засобів зовнішнього використання, дозування і методики застосування їх.

Гігієнічний догляд за шкірою і слизовими оболонками у дітей має надзвичайно важливе значення. Під час захворювання дитина більше потіє, сеча може бути більш концентрованою, тому при недотриманні правил догляду в малюків легко можуть виникати *попрілості, пелюшковий дерматит*, а при порушенні температурного режиму — *пітниця*.

Під час догляду за *слизовими оболонками* слід пам'ятати про підвищену уразливість їх, особливо у дітей перших місяців життя. Слизова оболонка ротової порожнини доволі суха, і під час її обробки легко може виникнути подразнення.

Кістки після народження продовжують інтенсивно розвиватися, тому в дітей раннього віку вони м'які, легко деформуються. Протягом перших 5 років життя відбувається постійний ріст кісткової тканини. Будова довгих трубчастих кісток стає схожою на кістки дорослої людини лише після того, як дитина навчиться стійко ходити. Але навіть у дітей шкільного віку в разі використання неправильно підібраних за висотою меблів легко виникають порушення постави: викривлення хребта, травмування тощо. Тому, займаючись обладнанням ігрових кімнат, важливо правильно підбирати меблі для дітей різних вікових груп. Правильний розвиток кісток залежить від характеру харчування, тривалості перебування на відкритому повітрі, інсоляції. З перших місяців життя, щоб уникнути травм, потрібно ретельно виконувати правила догляду за дітьми. Наприклад, повертаючи дитину, слід обережно брати її за руку (за плече) і стегно одночасно. Забороняється повертати дитину, узявши тільки за руку або за ногу, не слід допускати швидких і різких рухів, щоб не спричинити вивих.

Органи дихання в дитини, особливо в перші місяці життя, ще не досконалі: ніс відносно малий, носові ходи вузькі; язик відносно великий, заповнює майже всю ротову порожнину (це є пристосуванням для смоктання), тому дихання через рот у дітей утруднене. Навіть невелике ускладнення носового дихання внаслідок виділень або утворення кірочок у носі може призвести до порушення функції дихання. Це потребує від медичного персоналу своєчасного проведення відповідних гігієнічних заходів.

Частота дихання у дітей раннього віку значно більша, ніж у дорослих, що пояснюється більшою потребою організму дітей у кисні, яка задовольняється не збільшенням глибини дихання, а його почастищенням. Тому медичний персонал має стежити за чистотою повітря в палаті та службових приміщеннях, сумлінно викону-

вати режим провітрювання, дотримуватися необхідної вологості повітря, особливо при захворюваннях органів дихання. Для забезпечення нормального дихання в дитини грудного віку важливо дотримуватися принципу вільного сповивання.

Серцево-судинна система також має вікові особливості. Розміри порожнин серця (особливо шлуночків) у дітей відносно невеликі, збільшення їх відбувається нерівномірно протягом усього періоду дитинства, що потрібно враховувати під час призначення і виконання режиму дня й дозування допустимих навантажень. Дитячі органи і тканини потребують достатнього кровопостачання, що досягається більш частими скороченнями серця.

У новонароджених власний м'язовий шар розвинений тільки в артеріях малого кола кровообігу, в артеріях великого кола він починає формуватися з 5 років. Саме тому в дітей віком до 5—7 років рідко спостерігають підвищення АТ (гіпертензія).

Захворювання серця часто супроводжуються розвитком задишки, ціанозу, збільшенням частоти серцевих скорочень. Здорові діти раннього віку надто рухливі, тому, якщо дитина швидко втомлюється, періодично зупиняється і сідає (відпочиває), слід негайно поінформувати про це лікаря, оскільки це може свідчити про захворювання серця або ускладнення з боку серцево-судинної системи. Доглядати таких дітей потрібно дуже обережно, щоб не спричинити надмірного навантаження.

Травна система дитини, особливо у період новонародженості, недосконала. Ротова порожнина мала, слизова оболонка ніжна, має добре кровопостачання. Слиновиділення до 3 міс. незначне, надалі стає рясним і дитина не завжди спроможна проковтнути всю слину, що утворюється. При захворюваннях ротової порожнини слиновиділення стає ще ряснішим. А тому, щоб не виникало подразнень шкіри навколо рота, треба ретельно її доглядати. У перші місяці життя (окрім процедур, призначених лікарем) неприпустимо протирати ротову порожнину, щоб не ушкодити ніжну слизову оболонку.

Просвіт стравоходу з віком збільшується, тому довжина і діаметр зондів, що їх використовують для досліджень і медичних маніпуляцій (промивання шлунка), повинні бути відповідного розміру. Фізіологічний об'єм шлунка в дітей при народженні менший за анатомічний і становить усього 7—10 мл. Із початком годування об'єм його швидко збільшується і наприкінці 1-го року життя становить 200—250 мл. Це необхідно враховувати під час годування і визначення кількості їжі на одне годування. У дітей перших місяців життя виявляють функціональну і анатомічну недостатність кардіального отвору шлунка. Воротарна частина шлунка, навпаки, функціонально добре розвинена вже при народженні, що спричинює зригування. Тому після годування дитину впродовж кількох хвилин тримають вертикально або кладуть у ліжку, піднявши його головний кінець під кутом 60°.

Довжина *тонкої кишки* відносно довжини тіла в дітей більша, ніж у дорослої людини, що є компенсаторним пристосуванням, оскільки внаслідок низької активності шлункових ферментів провідна роль у процесі травлення належить тонкій кишці, і це слід урахувати під час приготування їжі для дітей.

Товста кишка у дітей 1-го року життя недорозвинена, відносно коротка, що й зумовлює частішу, ніж у дорослих і дітей старшого віку, дефекацію. Підслизовий шар *прямої кишки* слабо фіксує слизову оболонку, що може бути причиною її випадання при діарейі, закріпі або під час постановки клізми у дітей раннього віку.

Функції *печінки* в дитини ще недосконалі, особливо детоксикаційна, що досить часто спричинює розвиток токсикозу при різних захворюваннях. Функціональну

недосконалість печінки слід урахувувати під час лікування і проведення окремих діагностичних досліджень.

Нирки дитини після народження ще не повністю розвинені, тому в дітей перших 2—3 років життя процеси фільтрації знижені. Це має значення при забезпеченні водного режиму хворій дитині. Отримання зайвої кількості води спричинює затримку рідини в організмі у дітей раннього віку. Водночас нирки неналежним чином виводять іони натрію з організму, що потребує обмеження кількості солі в раціоні дитини, особливо до 2-річного віку. Основні показники, що характеризують функціональний стан нирок, починають наближатися до таких дорослої людини після двох років. Кількість сечовипускань у дітей 1-го року життя становить 10—20 на добу, у дітей 2—3 років — 8—10 разів, у дітей шкільного віку — 5—7 разів на добу.

Сечові шляхи при народженні дитини сформовані повністю, але при недостатньому догляді і потраплянні патогенних мікроорганізмів слизова оболонка легко інфікується. Для запобігання розвитку інфекції сечових шляхів необхідно ретельно виконувати правила догляду, особливо у дівчаток.

Обмін речовин у дітей має свої особливості, що потребує уваги під час складання режиму харчування й водного режиму дитини.

Високий рівень позаклітинної рідини, а також недосконалі механізми фіксації рідини в клітинах і міжклітинних структурах зумовлюють розвиток зневоднення організму при різних інфекційних захворюваннях, порушеннях температурного режиму, недостатньому надходженні води з їжею. Дегідратація (втрата води) супроводжується тяжкими порушеннями загального стану дитини. Потреба дітей в рідині значно вища, ніж дорослих (табл. 6).

Таблиця 6. Щоденна потреба дітей у рідині (А.В. Мазурін, 1998)

Вік	Кількість рідини, мл	
	середня	на 1 кг маси тіла
Новонароджена дитина	250—500	80—150
6 міс.	950—1000	130—150
1 рік	1100—1300	120—140
5 років	1800—2000	90—100
10 років	2000—2500	70—85
14 років	2200—2700	50—60

Діти повинні отримувати необхідну кількість води з питвом. Новонароджена дитина не потребує додаткового вживання води. На 1-му році життя, якщо дитина на грудному вигодовуванні, додаткову кількість води призначають за потреби (спекотна пора року, перегрівання) і становить приблизно об'єм одного годування.

При захворюваннях, що супроводжуються проносом, блюванням, підвищеною температурою тіла, кількість рідини, яку повинна отримувати дитина, залежить від вираженості проявів зневоднення (ексикозу).

Слід відзначити, що хвора дитина може відмовлятися від їжі та питва, тому під час догляду за нею обов'язково треба проводити підрахунок рідини, яку випила і виділила дитина.

Поняття про дезінфекцію та стерилізацію предметів догляду за дітьми

У разі госпіталізації дитини дозволяють користуватися індивідуальними предметами догляду. Якщо таких немає, користуються посудом та предметами, що є у відділенні. Для запобігання поширенню інфекційних хвороб медичний персонал, який доглядає за дітьми 1-го року життя, повинен суворо виконувати правила обробки і стерилізації предметів догляду (термометрів, горщиків, іграшок, сосок, пляшечок, сповивальних столів тощо).

Для зберігання та дезінфекції *термометрів* у дитячому відділенні використовують спеціальний контейнер, склянку чи скляну банку, на дно яких кладуть вату і наливають робочий розчин дезінфекційного засобу (дезоксон, максисан тощо). Час експозиції залежить від обраного дезінфекційного засобу. Після обробки медична сестра повинна вийняти термометр із посудини з дезінфекційним розчином, сполоснути його в проточній воді і насухо витерти. До використання термометри зберігаються в спеціальному закритому посуді. Після чергового вимірювання температури термометр знову занурюють у дезрозчин. Допускається протирання термометрів одним із швидкодіючих дезінфекційних засобів (дезактин, бацілол).

ВВ! Для обробки термометрів слід використовувати спеціально для цього призначені дезінфекційні засоби.

Занурювати в дезінфекційний розчин можна лише неушкоджений термометр.

Згідно із санітарно-гігієнічними нормами *іграшки* для використання в дитячому відділенні повинні бути безпечними для здоров'я дітей за своєю конструкцією, вагою, розміром — відповідати морфофункціональним особливостям дітей тих вікових груп, для яких вони призначені. Деталі іграшок (ігор), що дотикаються до губ, та брязкальця мають бути виготовлені з матеріалів, що не вбирають вологу та легко дезінфікуються.

Зазвичай невеликі за розмірами іграшки повністю занурюють у робочий дезінфекційний розчин. Після цього їх промивають проточною водою протягом 3 хв, витирають і зберігають у закритій шухляді. Великі іграшки протирають ганчір'ям, змоченим розчином дезінфекційного засобу. М'які іграшки чистять шіткою, яку теж змочують дезінфекційним розчином. Після цього іграшки промивають під проточною водою і висушують.

Посуд, який використовують для догляду та годування дитини (пляшечки, мензурки, чашки тощо), має бути індивідуальним і ретельно оброблятися після кожного використання. Якщо в дитини немає індивідуального посуду, використовують посуд, що є у відділенні.

Після годування порожні пляшечки замочують у 2 % розчині натрію гідрокарбонату, потім миють усередині спеціальною шіткою, двічі споліскують гарячою водою. Чисті пляшечки ставлять на металеві сітки отвором донизу. Після стікання залишків води їх ставлять у сухожарову шафу на 50—60 хв для стерилізації. Пляшечки можна стерилізувати і кип'ятінням. Після миття їх поміщають у спеціальну ємкість, заливають теплою водою і кип'ятять протягом 20—25 хв. Охолоджують. Переставляють шипцями на сухий стерильний піднос і ставлять отвором донизу, накривають чистою серветкою. У такому вигляді зберігають до наступного використання.

Соски після кожного годування миють у проточній воді і кип'ятять протягом 10—15 хв. Соски загального використання після годування спочатку очищують від

залишків молочної суміші або молока, потім знежирюють шляхом замочування у 2 % розчині натрію гідрокарбонату або в одному із спеціально призначених для цього засобів, добре споліскують і знезаражують шляхом кип'ятіння протягом 30 хв. Соски зберігають у стерильному, щільно закритому скляному посуді.

Після огляду кожної дитини або гігієнічних процедур молодший медичний персонал обробляє *сповивальний столик*, а також предмети, яких торкався хворий (клейончасту подушку і матрац, клейонки) і меблі (кушетки, стільці та ін.), 2 % розчином хлорантоїну або іншим дезінфекційним засобом. Простирадла, що їх використовують для догляду, після кожної хворої дитини також перемінюють.

Судна, горщики після кожного використання мийть гарячою водою з мийним засобом, потім обробляють спеціальними дезінфекційними засобами відповідно до інструкції до застосування.

Перелік дезінфекційних розчинів, що їх дозволено до застосування в Україні, наведено в Додатку 5.

Контрольні питання

1. Особиста гігієна дітей залежно від статі та віку в дитячому стаціонарі.
2. Період новонародженості.
3. Адаптація новонароджених дітей.
4. Обробка пупкової ранки.
5. Обробка ротової порожнини дитини з пліснявкою.
6. Фізіологічні особливості дітей різного віку.
7. Забезпечення фізіологічних потреб хворої дитини залежно від віку.
8. Догляд за шкірою, носом, вухами, очима дітей 1-го року життя.
9. Сповивання дитини грудного віку.
10. Поняття про дезінфекцію та стерилізацію предметів догляду за дітьми (обробка мензурок, горщиків, іграшок, пляшечок, термометрів, сповивальних столів після користування ними).

ГІГІЄНІЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ ВАННИ. ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ З ГАРЯЧКОЮ. ЗАСТОСУВАННЯ КЛІЗМ У ДІТЕЙ

Гігієнічні та лікувальні ванни

Ванни — це водні процедури, що їх застосовують з гігієнічною, лікувальною чи профілактичною метою.

Ванни можуть бути загальні, коли у воду занурюється все тіло, та *місцеві* — заглиблення певної частини тіла. Місцеві ванни застосовують при захворюваннях дихальних органів, опорно-рухового апарату.

Відповідно до складу ванни поділяють на прісні, ароматичні, лікувальні, мінеральні тощо. У механізмі дії ванни має значення вплив на шкіру температурного, механічного або хімічного подразника.

Залежно від температури води ванни бувають гарячими (40—42 °С), теплими (38 °С), індиферентними (37 °С), прохолодними (30—33 °С), холодними (нижче 28 °С).

NB! *Якщо під час прийняття ванни дитина зблідла, скаржиться на запаморочення, її терміново виймають із ванни, вкладають на кушетку, піднявши ножний кінець, дають понюхати нашатирний спирт, труть скроні тампоном, змоченим нашатирним спиртом, обов'язково кличуть лікаря.*

Гігієнічні ванни. Першу гігієнічну ванну новонародженому проводять після відпадання пупкового канатика та епітелізації пупкової ранки (7—10-й день життя). Протягом перших 6 міс. дитину бажано купати щодня, з 6 до 12 міс. — через день, надалі — двічі на тиждень, але можна й частіше. Заздалегідь підготовляють рушник і одяг, щоб відразу після купання дитину обсушити й одягти, не охолоджуючи її. Якщо температура повітря в приміщенні нижча ніж 22 °С, одяг зігрівають. Перед купанням на дно ванночки кладуть пелюшку, наливають спочатку гарячу, потім холодну воду, доводячи її до 37 °С. Для вимірювання температури води користуються водяним термометром.

Якщо пупкова ранка ще не загоїлась чи є якісь висипання на шкірі, у воду для купання додають декілька крапель заздалегідь підготовленого міцного розчину калію перманганату до отримання блідо-рожевого кольору води.

Окрім того, купати дитину можна у відварах трав: чистотілу, череди, ромашки та ін. (див. нижче). Протягом 1-го місяця життя, а також за наявності поприлості чи проявів дерматиту, купати бажано в перевареній воді.

Купають дитину увечері перед годуванням, але можна й в інший час, який є зручним для членів родини. В умовах стаціонару купання дитини є складовою лікувального процесу. Гігієнічну ванну, положення дитини у ванні і тривалість купання визначає лікар індивідуально залежно від стану дитини. Після процедури медична сестра обов'язково робить відмітку в листку призначень.

Техніка купання. Для купання необхідно мати ванночку, дитяче мило, м'яку губку або фланелеву рукавичку, водяний термометр, глечик з теплою водою (37 °С) для споліскування дитини, пелюшку, простиралло. Перед кожним купанням ванночку миють шиткою з милом і споліскують холодною водою, а потім ошпарюють окропом. В умовах стаціонару ванночку після купання обробляють дезінфекційним розчином і споліскують гарячою водою. Зберігати ванночку ліпше у вертикальному положенні і використовувати виключно для купання дитини.

Малюка роздягають (у перші місяці життя дитину занурюють у пелюшці) й опускають у ванночку так, щоб верхня частина грудей була над водою. Голівка дитини лежить на лівому передпліччі матері або того, хто купає дитину; долонею підтримувати дитину за ліве плече. Правою рукою обережно поливають тіло дитини водою. Для намилювання використовують м'яку фланелеву рукавичку. Дітей першого півріччя купають у положенні лежачи, другого півріччя — сидячи.

Дитяче мило або дитячий шампунь застосовують після 6 міс. 1—2 рази на тиждень. За наявності на шкірі голови себорейних кірочок бажано перед купанням на 15—20 хв змастити голову дитячою олією або стерильною олією рослинного походження. Спочатку миють голівку, потім тулуб, руки, пахову ділянку, ноги. Тривалість купання становить у середньому: до 6 міс. — 3—5 хв, від 6 до 12 міс. — 10—15 хв, надалі — 15—20 хв. Залежно від стану малюка і його ставлення до процедури тривалість гігієнічної ванни може бути більшою. Після купання дитину споліскують чистою водою, швидко загортають у пелюшку чи рушник (для дітей 1-го місяця життя — завчасно зігріту) та обсушують промокальними рухами. Якщо дитина схильна до попріlostей, з профілактичною метою змазують під пахвами і пахову ділянку спеціальною дитячою олією або дитячим кремом. Це зменшує контакт шкіри з фізіологічними виділеннями (калом, сечею, потом). Здорову дитину достатньо лише добре обсушити. У новонародженого після купання ретельно оглядають пупкову ранку і за необхідності обробляють її 1 % спиртовим розчином брильянтового зеленого. Потім дитину одягають і вкладають у ліжко.

Старшим дітям гігієнічну ванну проводять один раз на тиждень, за необхідності — частіше. Цього ж дня переминюють постільну і натільну білизну, одяг.

Лікувальні ванни. До лікувальних ванн належать такі, дія яких на організм відбувається у вигляді різноманітних лікувальних чинників. Механізм дії цих ванн визначається впливом температурного, механічного та хімічного подразників і залежить від різниці температури тіла й води, площі контакту, а також від дії речовин, які розчинені у воді.

Прісні теплі ванни справляють заспокійливу, судинорозширювальну дію, поліпшують кровообіг та функцію дихання, нормалізують сон. Показання: рахіт, алергійний дерматит, шкірні захворювання, хвороби нирок, пневмонія, невроз, спастичні закрепи, порушення опорно-рухового апарату. Температура води — 38 °С. Тривалість — 5—15 хв. На курс — 8—10—15 процедур через день.

Загальні гарячі ванни. Показання: як складова лікувальних заходів при пневмонії, бронхіті, нефриті та ін. Протипоказання: тяжкий стан дитини, серцева недостатність, підвищена температура тіла.

Техніка приймання: дитину поміщають у ванну температури води 36—37 °С. Потім поступово тонкою цівкою у ножний кінець ванни підливають гарячу воду, постійно помішуючи. Температуру води доводять до 40 °С. Тривалість ванни — 2—5 хв. На голову дитини можна покласти прохолодну (30 °С) хустинку. Унаслідок такої ванни шкіра дитини стає яскраво-рожевого кольору. Після ванни дитину

споліскують чистою теплою водою, обсушують і переносять у заздалегідь нагріте ліжко. Ця ванна є сильнодіючим температурним подразником, спричинює різку реакцію організму: прискорює пульс та дихання. Тому медична сестра повинна пильно стежити за станом дитини.

Сидяча ванна: у воду занурюють сідниці, нижню частину живота і верхню частину стегон; ноги містяться зовні. Застосовують при захворюваннях сечової системи; температура води — 37—38 °С.

Ручна ванна: одну або обидві руки дитини до ліктя занурюють у посудину з водою температури 36—37 °С. Поступово підливають гарячу воду, доводячи температуру її до 40 °С. Такі ванни застосовують при захворюваннях дихальних органів. Тривалість — 10—15 хв.

Ножна ванна: у емальоване відро або іншу ємкість наливають воду температури не нижче 36—37 °С. У неї опускають ноги дитини і повільно обережно підливають гарячу воду, доводячи до температури 40 °С. Тривалість процедури — 10—15 хв, після чого ноги насухо витирають, надягають бавовняні шкарпетки, поверх них — вовняні. Дитину вкладають у ліжко напівсидячи і тепло вкривають.

При проведенні ручної і ножної ванни для посилення відволікальної дії і за відсутності алергії в дитини у воду можна додати суху гірчицю (100 г гірчиці на 10 л води).

Гірчичні ванни: 40—50 г сухої гірчиці на 10 л води. Показання: пневмонія, бронхіт, інші захворювання органів дихання. Протипоказання: алергійні захворювання. Тривалість — 5—6 хв. Температура води — 37—38 °С. Після ванни дитину споліскують чистою теплою водою, обсушують і переносять у заздалегідь нагріте ліжко. *Слід зауважити, що гірчичні ванни дедалі все рідше застосовують у педіатрії: подразлива дія гірчиці може негативно позначитися на загальному стані малюка, можливі алергійні реакції* (особливо у дітей, схильних до алергії).

Крохмальні ванни: 100 г очищеного картопляного крохмалю на 10 л води. Показання: atopічний дерматит та інші захворювання шкіри. Проводять для усунення сверблячки і подразнення. Після ванни дитину не споліскують. Температура води — 37 °С, тривалість — 7—10 хв. На курс — 8—10 ванн.

Сольові (хлоридно-натрієві) ванни: 50—100 г солі (ліпше морської) на 10 л води. Показані дітям старшим 6 міс. при рахіті в період реконвалесценції, гіпотрофії. Для розчинення солі її кладуть у ванну в марлевому мішечку. Температура води для дітей віком від 6 міс. до 1 року — 35—36 °С, потім її знижують до 32 °С. Тривалість ванни — 3—10 хв. Після сольової ванни дитину обмивають теплою водою, температури на 1 °С нижчої за початкову. Протипоказання: не проводять ослабленим або виснаженим дітям, дітям із захворюваннями шкіри (atopічний дерматит у стадії мокнуття, гострі алергійні реакції та ін.), а також дітям із неврівноваженою нервовою системою.

Хвойні ванни: 1 столова ложка (20 мл) хвойного екстракту на 20 л води. Показання: рахіт, безсоння, неврози, ревматизм, гіпотрофія, захворювання органів дихання в період одужання. Температура води — 36—37 °С, тривалість — 5—7—10 хв. На курс — 15—20 ванн через день. Після ванни дитину обливають водою температури на 1 °С нижчою за початкову.

Ванни з калію перманганатом. Показання: гноячкові та інші запальні захворювання шкіри. Справляють дезінфекційну і підсушувальну дію. Температура води — 36—37 °С. На курс — 5—6 ванн. Додають 5 % розчин калію перманганату з розрахунку 5 мл розчину на 10 л води (до блідо-рожевого кольору води).

NB! *Не слід кристалічний калію перманганат розводити безпосередньо у ванні! Кристали можуть спричинити некроз шкіри!*

Догляд за дітьми з гарячкою

У дітей, на відміну від дорослих, підвищення температури тіла відбувається частіше, що пов'язано з особливостями терморегуляції. При адекватності процесів теплопродукції і тепловіддачі більшість дітей добре переносять підвищення температури тіла до 38,5 °С. Проте висока температура тіла (38 °С і вище) може супроводжуватися погіршенням загального стану дитини, відмовою від їжі, появою сонливості або підвищеної збудливості, блюванням, судомами. Найчастіше це спостерігають у недоношених, дітей, які перенесли внутрішньоутробну інфекцію, гіпоксію, перинатальне ураження ЦНС тощо.

Оскільки температурна реакція відображує ступінь реактивності організму хворого, вона є цінним показником його стану в боротьбі з інфекцією. У кожному випадку слід оцінювати характер перебігу гарячки та її значення для організму дитини, обов'язково враховуючи при цьому час уживання жарознижувальних засобів.

Температуру тіла в дітей вимірюють зазвичай у паховій ямці електронним (мал. 104) або ртутним термометром протягом 10 хв. Можна вимірювати у паховій ділянці, прямій кишці, ротовій порожнині. Показання термометра у прямій кишці будуть на 0,2—0,5 °С вищими, ніж у паховій ямці. За наявності уражень шкіри (попрілості, алергійні або гноячкові висипання) температуру вимірюють у прямій кишці або ротовій порожнині (див. мал. 104). При цьому ртутний термометр не застосовують.

Кратність вимірювання температури тіла залежить від стану дитини та перебігу хвороби і визначається лікарем. За необхідності температуру тіла вимірюють кожні 2—3 год. Тяжкохворим можна вимірювати температуру під час сну. Результати термометрії заносять у температурний листок.

Догляд за дітьми з гарячкою залежить від характеру гарячки і реакції організму дитини на підвищення температури.

Залежно від ступеня підвищення температури тіла розрізняють її типи: субфебрильна — 37,1—38 °С; фебрильна — 38,1—38,9 °С, висока фебрильна (піретична) — 39—40,5 °С, гіперпіретична — вища 40,5 °С.

Якщо теплопродукція відповідає тепловіддачі, шкіра дитини яскраво-рожевого кольору, помірної або підвищеної вологості, кінцівки теплі на дотик. Ця гарячка має назву “рожева” або “червона”. Зазвичай при цьому типі температурної реакції загальний стан дитини і її поведінка порушені мало. Окрім призначених лікарем медикаментозних засобів, корекції температурної реакції дитині обов'язково слід забезпечити спокій, зволожувати повітря, уживати достатню кількість рідини.



а



б



в

Мал. 104. Способи вимірювання температури тіла:
а — паховий; б — ротовий; в — ректальний

Слід пам'ятати, що підвищення температури тіла на 1°C потребує додаткового введення рідини з розрахунку 10 мл на 1 кг маси тіла дитини. Рідину типу охолодженого (теплого) неміцного чаю, компоту, морсу, регідратаційних розчинів ("Регідрон", "Електроліт Хумана") давати невеликими порціями з урахуванням стану малюка, щоб не спровокувати блювання. Для посилення тепловіддачі дитину звільняють від тісного одягу або роздягають. Дитину можна злегенька обтерти теплою (але не холодною!) водою, а за призначенням лікаря — поставити прохолодну клізму. У разі застосування фізичних методів охолодження обов'язково слід стежити за станом шкіри, тобто за реакцією судин шкіри на дію холодового чинника. Якщо дитина у памперсі, його треба зняти, оскільки він покриває майже третину поверхні тіла і може порушити процес тепловіддачі.

Якщо на тлі підвищення температури тіла відбувається централізація кровообігу і спазм судин шкіри, у дитини спостерігають озноб, блідість, мармуровий малюнок шкіри, шаноз губ і кінцівок, біль голови, погіршення загального стану; кінцівки холодні на дотик. Це так звана "*біла*" гарячка, при якій відбувається підвищення процесів теплопродукції і неадекватність процесів тепловіддачі.

Догляд за такими дітьми окрім дбайливого ставлення і створення комфортних умов повинен включати заходи, які сприяють нормалізації процесів теплопродукції і тепловіддачі. Передусім необхідно ліквідувати спазм периферійних судин. Для цього поряд із напуванням теплим питвом дитину на *короткий час* укривають ковдрою, до кінцівок прикладають теплу грілку (температура води $37\text{--}38^{\circ}\text{C}$), що сприяє розширенню кровеносних судин шкіри і поліпшенню тепловіддачі. Після припинення ознобу і нормалізації кольору шкіри дитину одягають відповідно до її самопочуття і температури зовнішнього середовища. Якщо малюк спітніє, його перевдягають у сухий одяг. Жарознижувальні і спазмолітичні препарати дають за призначенням лікаря.

До патологічних варіантів гарячки належить *гіпертермічний синдром*, який характеризується *швидким і неадекватним підвищенням температури тіла, що супроводжується порушенням мікроциркуляції, метаболічними зрушеннями, дисфункцією життєво важливих органів і систем, яка прогресивно наростає*.

Діти з гіпертермічним синдромом потребують невідкладної допомоги, тому з появою перших його ознак медичний персонал повинен негайно повідомити лікаря.

Під час підвищення температури тіла особливого догляду потребують діти перших місяців життя, недоношені, а також з ураженнями нервової системи, оскільки незрілість центру терморегуляції в таких дітей спричинює появу фебрильних судом.

Зниження температури тіла може бути *критичним*, тобто швидким від високої до низької, або *літичним*, тобто поступовим. При критичному зниженні температури тіла у дитини з'являються слабкість, рясний піт, похолодання кінцівок, ниткоподібний пульс. У цьому разі хвору дитину обкласти теплими грілками, напоїти солодким теплим чаєм, перевдягти в чисту суху білизну. Поступове зниження температури тіла супроводжується помірною слабкістю та зволоженням шкіри.

Харчування дітей з високою температурою має відповідати віку, а їжа — легко засвоюватися і бути рідинної консистенції. Слід зважати на апетит дитини та її здатність до споживання їжі.

При вимушеному або пасивному положенні в ліжку дитину, в якій гарячка, треба частіше повертати, розправляти складки на білизні, за необхідності — проводити належні гігієнічні процедури.

Переміна натільної та постільної білизни, забезпечення фізіологічних випорожнень

Догляд за дитиною в стаціонарі є невід'ємною частиною лікувального процесу, від якого залежить успіх лікування. Поряд з іншими гігієнічними заходами він передбачає регулярну переміну постільної білизни, у відділенні це роблять один раз на 7—10 днів або в міру забруднення. Зазвичай це проводять після гігієнічної ванни; при тяжкому стані дитини і суворому ліжковому режимі — після належних гігієнічних процедур. Якщо хвора дитина споживає їжу в ліжку, то білизну необхідно перестеляти щоразу після їди, щоб видалити крихти, рештки їжі, розправити складки. Переміна постільної білизни включає переміну простирадл, наволочок, підковдри. Ковдра має бути із натуральної тканини, оскільки вона добре провітрюється і дезінфікується. На неї надягають підковдру; улітку використовують тканинні ковдри.

Методика переміни постільної білизни. Якщо хворий може сидіти, медична сестра пересаджує його з ліжка на стілець і перестеляє постіль. Переміну білизни у хворих дітей старшого віку, в яких суворий постільний режим, проводять двома способами:

1-й — брудне простирадло скочують валиком від голови і від ніг, а потім видаляють. Чисте простирадло, скочене з двох боків, як бинт, підводять під крижі хворої дитини і розправляють по всій довжині ліжка;

2-й — хвору дитину переміщують на край ліжка, брудне простирадло скочують по довжині, на звільненому місці розправляють чисте; на нього перекладають хворого, знімають брудне простирадло і розправляють чисте.

Водночас із переміною постільної білизни перемінюють натільну. Діти старшого віку, в яких задовільний стан, перевдягаються самостійно, а хворим молодшого віку допомагають середні або молодші медичні сестри. Під час переміни натільної білизни тяжко хворій дитині, яка на суворому ліжковому режимі, медична сестра бере за край сорочки, знімає її через голову, а потім вивільнює руки, чисту білизну надягає у зворотній послідовності. Якщо у хворого ушкоджена рука, спочатку знімають рукав зі здорової руки, а потім із хворої. Сорочку надягають спочатку на хвору руку, а потім на здорову.

Брудну (окремо постільну й натільну) білизну збирають у пластмасові ємкості з кришками або клейончасті (поліетиленові) мішки і виносять із палати у спеціальну кімнату. У відділенні має бути запас чистої білизни на добу. *Несвоєчасна і неправильна переміна білизни, зокрема постільної, спричинює виникнення пролежнів.*

Забезпечення фізіологічних випорожнень. У педіатричному відділенні щодня спостерігають за випороженнями хворих з відповідною реєстрацією в історії хвороби. Медична сестра повинна щодня підраховувати кількість випорожнень у дитини, оцінювати характер їх (кашкоподібні, оформлені, розріджені), своєчасно попереджувати лікаря про патологічні домішки в них, почастішання чи відсутність випорожнень; дані записувати в листок призначень.

Щоб запобігти попрілості, після кожного випороження і сечовипускання рекомендується дитину підмивати теплою проточною водою; дівчаток — спереду назад, щоб калові маси разом із водою не потрапили в статеві органи. Для ретельнішого очищення шкіри застосовують ватні тампони. Після підмивання обережно промокальними рухами просушують шкіру м'якою пелюшкою; при проблемах, що виникають під час догляду за шкірою дітей грудного віку, усі природні складки шкі-

ри змащують спеціальною олією для дітей або стерилізованою олією рослинного походження; можна також користуватися дитячим кремом. Засоби для обробки шкіри підбирають індивідуально.

Якщо у дитини старшого віку суворий постільний режим, їй підкладають судно (емальоване чи гумове) або сечоприймач (одноразовий, емальований або скляний). Дитина, якій дозволено вставати, повинна користуватися індивідуальним горщиком, який ставлять під ліжку. Якщо дитина не контролює фізіологічні відправлення, що пов'язано з віковими особливостями або з її тяжким станом, використовують марлеві або одноразові підгузники (памперси), які підбирають відповідно до віку дитини і своєчасно змінюють. Слід пам'ятати, що застосування одноразових підгузників не застерігає від поприлості.

Профілактика і лікування пролежнів у дітей різного віку

Пролежні — це дистрофічні або виразково-некротичні зміни м'яких тканин (шкіри і підшкірної жирової клітковини), які виникають у місцях постійного або тривалого тиснення. Частіше пролежні виникають в ослаблених дітей, які на суворому ліжковому режимі. Ділянки локалізації — крижі, лопатки, лікті, п'яти, місця здавлювання м'яких тканин між поверхнею ліжка і кістковим виступом.

Появу пролежнів спричинює поганий догляд за шкірою, незручне ліжко, несвоєчасне перестеляння постільної білизни, що призводить до порушення кровообігу в шкірі. У дітей грудного віку пролежні виникають найчастіше при тяжких порушеннях нервової системи.

В утворенні пролежнів є певна послідовність. Спочатку з'являється блідість шкіри, яка пізніше змінюється почервонінням, набряком і відшаруванням епідермісу. Поява пухирців і некрозу шкіри свідчить про більш виражені місцеві порушення і може бути наслідком недооцінювання медичним персоналом первинних симптомів пролежнів. У тяжких випадках змертвіти можуть не тільки м'які тканини, а й надкiсниця і поверхневий шар кісткової тканини. Швидко приєднання інфекції може призвести до сепсису.

До профілактичних заходів, спрямованих на запобігання пролежням, належать часте повертання хворої дитини на бік (якщо дозволяє її стан), щоденне часте струшування крихт, усунення складок на натільній і постільній білизні, протирання шкіри дезінфекційними засобами: розчин етилового спирту з теплою водою (1 столова ложка на 100 мл води), розчин столового оцту (1 столова ложка на 300 мл води), камфорний спирт та ін.; допустиме протирання теплою водою. Протирають шкіру за вухами, шию, спину, ділянку сідниць, передню частину грудної клітки, пахові і пахові складки, складки на руках і ногах. Потім шкіру витирають насухо в тому ж порядку. Після кожного акту дефекації та сечовипускання хворого обов'язково підмивають.

Тяжкохворим, які тривалий час перебувають у положенні лежачи, слід підкладати спеціальні пристосування для зменшення тиснення на найбільш уразливі щодо появи пролежнів ділянки тіла, наприклад гумовий (надувний) круг, обгорнений пелюшкою, який підкладають так, щоб крижі містилися в просвіті круга. Використовують спеціальні надувні матраци — “аеропаги” з гофрованою поверхнею і подаванням повітря через спеціальні отвори у певній послідовності, завдяки чому тиснення на окремі ділянки тіла почергово змінюється. Якщо з'являється гіперемія шкіри, цю

ділянку обережно розтирають м'яким сухим рушником або ватним тампоном для поліпшення місцевого кровообігу, використовують УФО уражених ділянок шкіри.

Якщо з'являються пухирі, їх обробляють 1 % спиртовим розчином брильянтового зеленого, потім накладають суху пов'язку. За наявності некрозу лікар видаляє змертвілі тканини, уражену ділянку промиває 3 % розчином водню пероксиду або розчином фурациліну 1:5000 тощо; на рану накладають лікувальні мазі і закривають стерильною серветкою. Надалі 2—3 рази на день медична сестра змінює пов'язку і повідомляє лікаря про стан рани.

Основні види клізм, що їх застосовують у педіатричній практиці, методика і правила їх постановки у дітей різного віку

Клізма — введення рідини в пряму кишку для лікування чи діагностики. У стаціонарі усі види клізм виконують за призначенням лікаря.

У педіатричній практиці клізми застосовують для очищення кишок (очисні), введення лікарських речовин (лікувальні), промивання кишок (сифонні). Показанням до застосування клізм є закрепи, гострі отруєння, інфекційні захворювання кишок. Очисні та сифонні клізми призначають перед інструментальними дослідженнями, оперативними втручаннями. Лікувальні клізми призначають для введення медикаментозних препаратів загального та місцевого призначення, зниження температури тіла та ін.

Протипоказанням до застосування клізм є гострі запальні процеси прямої кишки та відхідника, шлунково-кишкова кровотеча, випадіння прямої кишки, онкологічні захворювання прямої кишки тощо.

Методика і правила постановки клізм. Залежно від віку дитини та виду клізм методика і правила їх постановки різняться.

Очисні клізми (мал. 105). Перед постановкою клізми приготувати гумовий балончик з твердим або м'яким наконечником, ємкість з водою відповідної температури, клейонку, вазелін, пелюшку, ємкість із дезінфекційним розчином для обробки поверхні й використаних засобів. Залежно від віку дитини використовують балони різного об'єму, у дітей старшого віку — кухоль Есмарха.

Методика постановки: наповнити балончик (кухоль Есмарха) водою, перевірити, чи не залишилося в ньому повітря; змастити наконечник вазеліном або спеціальною дитячою олією. На сповивальний стіл, кушетку або ліжко постелити клейонку і накрити її пелюшкою. Покласти дитину грудного віку — на спину, старшу за 1 рік — на лівий бік з підведеними до живота ногами. Лівою рукою розвести дитині сідниці, а правою обережно увести наконечник у пряму кишку: дітям раннього віку на 3—5 см, а дітям старшого віку на глибину 6—8 см. Спочатку вводять у напрямку до пупка, потім — паралельно куприку.

Дитині грудного віку підняти ніжки догори, повільно стискаючи гумовий балончик, увести рідину. Виводити наконечник із прямої кишки слід не розтискаючи пальців, а після цього стиснути сідниці на декілька хвилин.

Кількість рідини для постановки очисної клізми: дітям від 0 до 2 міс. — 30 мл; від 3 до 6 міс. — 50—80 мл; від 6 міс. до 1 року — 100 мл; після 1 року — за формулою:

$$100 + 100 \times (n - 1),$$

де n — кількість років дитині.

Температуру води визначають відповідно до віку дитини. У період новонародженості температура води для клізми повинна бути 30—31 °С, у першому півріччі — 27—28 °С; до 1 року — 26—25 °С, у старшому віці — 20—22 °С.

Після постановки клізми слід обов'язково дочекатися дефекації і оглянути випорожнення.

Сифонні клізми ставлять для очищення кишок, якщо звичайна очисна клізма не дала ефекту, а також, якщо виникла підозра на кишкову непрохідність. Вони показані дітям переважно старшого віку за необхідності видалення всіх калових мас або шкідливих продуктів, що потрапили у кишки внаслідок отруєння рослинними, хімічними або іншими речовинами. Сифонні клізми протипоказані при апендициті, перитоніті, шлунково-кишкових кровотечах, захворюваннях прямої кишки, у перші дні після операції на органах черевної порожнини.

Методика постановки: через гумову трубку діаметром 0,8—1 мм і завдовжки до 1,5 м (на одному кінці трубки лійка, на другому — наконечник) у декілька прийомів у пряму кишку вводять від 5 до 10 л чистої води або дезінфекційного розчину калію перманганату, натрію гідрокарбонату. Кінець трубки з наконечником змащують вазеліном і вводять через відхідник на глибину 15—20 см залежно від віку дитини. Лійку заповнюють водою і піднімають на висоту 50—60 см над ліжком, потім опускають до рівня сідниць дитини, не видаляючи гумову трубку з прямої кишки. При цьому вода з каловими масами потрапляє до лійки і виливається в таз. Цю процедуру повторюють декілька разів до появи чистої води. Гумову трубку залишають ще на 15—20 хв для повного спорожнення кишок від рідини та газів. Потім її обережно виймають, усю систему миють, дезінфікують і кип'ятять. *Уведену рідину слід своєчасно евакуювати з кишок дитини, щоб уникнути ускладнень, зокрема калової інтоксикації.* Вона може виникати при непрохідності кишок. Постановку сифонної клізми слід проводити під безпосереднім спостереженням лікаря.

Лікувальні клізми призначає лікар. Вони бувають місцевої (при запальних процесах у товстій кишці) та загальної дії (застосовують, коли неможливо увести ліки через рот). Через пряму кишку ліки всмоктуються швидко і потрапляють у кров, мінаючи печінку. Об'єм ліків залежить від віку дитини і приблизно становить: для дітей 1-го року — 10—15 мл, перших 5 років — 20—25 мл, від 5 до 10 років — до 50 мл, старших дітей — до 75 мл. Перед постановкою лікувальної клізми необхідно поставити очисну, але іноді можна поставити одразу після дефекації. Інтервал між очисною та лікувальною клізмами має становити не менше 30—40 хв. Для ліпшого всмоктування ліків і запобігання проносному ефекту температура розчину, який вводять, повинна бути 38—39 °С. В умовах стаціонару лікувальні клізми ставлять за допомогою м'якого катетера, який вводять у пряму кишку, і шприца з лікарською речовиною. Глибина введення: у дітей грудного віку — 7—8 см, віком від 1 до 3 років — 8—10 см, від 3 до 7 років — 10—12 см, шкільного віку — до 15—20 см. Розраховуючи дозу лікарського засобу, слід урахувувати кількість рідини, що залишиться в катетері. Уведення повинно бути дуже повільним.



Мал. 105. Постановка очисної клізми дитині

Контрольні питання

1. Гігієнічні та лікувальні ванни.
2. Догляд за дітьми з гарячкою.
3. Особливості вимірювання температури тіла у дітей різного віку.
4. Переміна натільної та постільної білизни, особливості проведення у тяжко хворих дітей.
5. Профілактика та лікування пролежнів у дітей різного віку.
6. Основні види клізм, що застосовуються в педіатричній практиці, правила та методика проведення їх у дітей різного віку.

ОБЛІК ТА ПРАВИЛА ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ДІТЕЙ

Правила зберігання ліків залежно від їх групової приналежності, форми випуску та можливості розташування у шафі

У педіатричному відділенні стаціонару робота з медикаментами, облік їх, зберігання й витрати відбуваються відповідно до інструкцій і наказів МОЗ України: *Наказ № 584 від 16.12.2003 р. "Про затвердження "Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах"*, *Наказ № 356 від 18.12.97 р. "Про затвердження порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у державних і комунальних закладах охорони здоров'я України"*, *Наказ № 490 від 17.08.2007 р. "Перелік отруйних і сильнодіючих лікарських засобів за міжнародними непатентованими або загальноприйнятими назвами"*. Перелік отруйних і сильнодіючих лікарських засобів постійно змінюється, у зв'язку з чим наказ має відповідні зміни й доповнення.

Усі медикаменти поділяються на три групи: Список А, Список Б, Загальний список і зберігаються в спеціальних шафах з однойменним надписом усередині. Лікарські засоби слід зберігати окремо за фармакологічними групами залежно від способу їх уведення з урахуванням фізико-хімічних властивостей і відповідно до вимог інструкції до застосування. Шафи повинні закриватися на ключ і бути під контролем постової або старшої медичної сестри.

За способом застосування лікарські засоби поділяються на парентеральні, внутрішні та зовнішні.

Лікарські засоби Загального списку в шафах розміщені залежно від способу їх уведення, з урахуванням фізико-хімічних властивостей і відповідно до вимог інструкції до застосування. Ліки для парентерального введення зберігаються окремо для внутрішнього і зовнішнього у прохолодному, захищеному від світла місці в окремій шафі або ізольованому приміщенні (кімнаті) з урахуванням особливостей тари (крихкість), якщо немає інших указівок на упаковці. Усі медикаменти повинні бути в оригінальній упаковці, з чітким найменуванням, серією і терміном придатності. Пересипати, переливати, переклеювати, перекладати лікарські засоби з однієї упаковки в іншу заборонено. Мікстури, порошки і ампули у шафі розміщуються окремо: більш високий (тара) посуд ставлять у глибину шафи, нижчий — наперед, що дає змогу легко прочитати назву препарату і вибрати необхідний засіб.

Фарбувальні, пахучі та вогненебезпечні лікарські засоби зберігаються окремо один від одного. Медикаменти, що потребують захисту від світла, зберігаються у тарі з темного скла. Дезінфекційні засоби, перев'язувальні матеріали, гумові вироби, медичний інструментарій зберігаються окремо. Біопрепарати, супозиторії, мазі, настої, відвари, емульсії, розчини, що містять глюкозу, ферменти тощо повинні зберігатися

в холодильнику за температури від 2 до 8 °С із дотриманням термінів зберігання: 2 доби — для ін'єкційних засобів, відварів, очних крапель; 3 доби — для емульсій, решта лікарських засобів — не довше 10 діб. Термін зберігання ліків (сиропів, суспензій, крапель) після відкриття флакона вказується в інструкції до застосування.

Етиловий спирт підлягає предметно-кількісному обліку, що його веде старша медична сестра. Він видається за замовленням маніпуляційної медсестри, про що фіксується в зошиті для одержання спирту.

Старша медична сестра відділення обов'язково веде журнал обліку лікарських засобів за формою: дата отримання, звідки отримано, кількість, дата видачі, номер медичної карти стаціонарного хворого, прізвище та ініціали хворого, кількість призначеного препарату, залишок, підпис відповідального. На першій сторінці журналу вказується перелік лікарських препаратів з позначенням сторінки.

У процесі зберігання не рідше одного разу на місяць проводять суцільний візуальний контроль стану тари, зовнішнього вигляду лікарських засобів. У разі ушкодження тари дефекти негайно усувають.

Відповідальність за облік ліків у відділенні несуть старша медична сестра та завідувач відділення.

Облік сильнодіючих речовин та правила їх зберігання

До групи А належать наркотичні й отруйні засоби. Сильнодіючі засоби належать до групи Б. Для зберігання отруйних і наркотичних лікарських засобів — атропіну, промедолу, морфію (група А), а також сильнодіючих — ефедрину, адреналіну, мезатону (група Б) використовують спеціальні шафи або сейфи, що закриваються на ключ і мають відділи (шухляди) окремо для зберігання препаратів групи А і групи Б. На внутрішньому боці дверцят прикріплений перелік препаратів, які є у шафі, із зазначенням їхніх вищих добових і разових доз, таблиці антидотів на випадок отруєння. Ключ від шафи має постійно зберігатися у старшої медичної сестри, а за її відсутності — у постової медсестри і передаватися зі зміни на зміну за підписом. Одночасно передаються дані стосовно кількості використаних і невикористаних наркотичних та сильнодіючих препаратів, до яких додаються порожні ампули. З цією ж метою ведеться книга обліку наркотичних та сильнодіючих препаратів, яка повинна бути прошнурованою, пронумерованою.

Книгу (обліковий журнал) підписує головний лікар і скріплює печаткою лікувальної установи.

Зберігання ліків на посту медичної сестри

Лікарські препарати зберігаються в спеціальній шафі, що поруч із постом медичної сестри. Медичні препарати, які є на посту, повинні постійно поновлюватися, а медична сестра має бути поінформована про термін їх дії. Ліки без етикеток, із закінченим терміном використання або непридатні до вживання слід вилучити, використовувати їх категорично забороняється.

Усі ліки повинні розташовуватись у визначеному порядку: ліки для внутрішнього вживання — на полиці або в шухляді під назвою "Внутрішнє"; для зовнішнього — на полиці з назвою "Зовнішнє" (розчини з одного боку, мазі — з іншого), стерильні розчини для ін'єкцій — на полиці з надписом "Стерильне". Шафа повинна бути обов'язково зачиненою.

На посту медсестри або в маніпуляційному кабінеті мають бути спеціальні укладки для надання невідкладної допомоги дітям при:

- серцево-судинній недостатності;
- судомному синдромі;
- анафілактичному шоку;
- гіпертермічному синдромі;
- гіпоглікемічній комі;
- нападі бронхіальної астми.

Наприкінці робочого дня старша медична сестра відділення забезпечує медсестринський пост усіма необхідними ліками на наступну добу.

Постовій медичній сестрі забороняється розфасовувати, зважувати, переливати, перекладати ліки з однієї упаковки в іншу, змінювати етикетки, видавати ліки без призначення лікаря, замінювати одні ліки на інші, виписувати, оформляти і зберігати ліки під умовними, скороченими назвами, не затвердженими ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України.

Дезінфекційні засоби, розчини для обробки рук, інструментарію, меблів, білизни не можна зберігати разом із медичними препаратами, призначеними для лікування хворих дітей.

Особливості вживання лікарських засобів і техніка застосування їх у дітей

У дитячих лікарнях (відділеннях) заведено чітко регламентований порядок забезпечення хворого ліками. Він складається з кількох послідовних етапів: 1) призначення лікарем хворій дитині необхідних ліків; 2) запис лікарем у медичну карту хворого і в список лікарських призначень лікарських засобів із зазначенням доз і методів їх введення; 3) складання постовою (палатною) медсестрою замовлення на необхідні ліки і передача його старшій медичній сестрі відділення; 4) формування загального замовлення по відділенню і відправлення його старшою медсестрою до аптеки та отримання відповідних ліків; 5) отримання ліків постовою (палатною) медсестрою від старшої медичної сестри; 6) доставка палатною медсестрою ліків хворому.

Є декілька способів введення лікарських препаратів: внутрішній (ентеральний) — через рот або пряму кишку і парентеральний — минаючи травний тракт.

Техніка внутрішнього введення лікарських засобів (через рот)

Діти отримують ліки для вживання через рот (мал. 106—108) у формі таблеток, порошків, капсул, розчинів, емульсій та ін. Складнощі вживання лікарських засобів через рот полягають у можливій негативній реакції дитини, наявності лікарських засобів із неприємним запахом або смаком, великих за розміром таблеток або драже. Найліпше діти вживають лікарські засоби через рот у розчині або суспензії; під час вживання препаратів у сухій твердій формі їх доводиться подрібнювати і розводити молоком, водою або сиропом. Дітям грудного віку всю призначену дозу рідинного лікарського засобу ліпше вводити не відразу, а частинами, у декількох ложечках, обережно.

Перед роздаванням ліків медична сестра згідно з листком призначень відбирає потрібні медикаменти, уважно перечитує етикетки і розкладає ліки в тій послідовності, у якій їх уживатиме хворий. Особливу увагу слід приділяти дозуванню лікарських



Мал. 106. Уживання ліків за допомогою мірного шприца



Мал. 107. Уживання ліків за допомогою піпетки



Мал. 108. Уживання ліків з ложечки

препаратів. Порошки і краплі розводять у невеликій кількості солодкої або звичайної перевареної води, у ложці або спеціальній мензурці; кожен лік дають окремо.

До сучасних лікарських препаратів для дітей додаються пристосування для зручного їх використання: мірні ложечки, умонтовані в кришечку піпетки, мірні шприци. Шприц кріпиться до горловини флакона; за його допомогою відміряють необхідну дозу препарату, після чого дають безпосередньо в рот дитині. Якщо дитина 1-го року життя відмовляється від ліків, медсестра, обережно підтримуючи дитину, двома пальцями натискає їй на щоки, відкриває рот і обережно вливає ліки.

Застосування ліків під язик (сублінгвально). Для цього способу характерним є те, що лікарська речовина не піддається дії шлункового соку, потрапляючи в системний кровообіг по венах стравоходу, оминаючи печінку, що частково виключає її біотрансформацію. Препарат слід тримати під язиком до повного розсмоктування. Сублінгвальне застосування ліків можливе лише у дітей старшого віку; ліки у вигляді крапель можна застосовувати й у ранньому віці.

Під час роздавання ліків дітям старшого віку медична сестра повинна особисто простежити за вживанням кожного медикаменту.

Заборається роздавати ліки особам, допущеним доглядати за дітьми.

Техніка застосування супозиторіїв (свічок) для введення у пряму кишку

Ректальний шлях введення лікарських препаратів у супозиторіях широко використовують у педіатричній практиці. Він дає можливість уникнути подразливої дії лікарського препарату на шлунок; лікарська речовина не руйнується внаслідок дії шлункового соку; є зручним способом у тому разі, коли ввести лікарський засіб через рот неможливо (непритомний стан дитини, блювання, захворювання стравоходу, шлунка, кишок, печінки). Цей спосіб введення лікарських речовин використовують для отримання як місцевого, так і системного ефекту.

Супозиторії (suppositoria) — це лікарська форма твердої консистенції за кімнатної температури і м'якої — за температури тіла. Ректальні свічки (supp. rectalia) можуть мати форму циліндра, конуса, сигари, їх маса коливається від 1,4 до 4 г; для дітей існують спеціальні дитячі лікарські форми з дозою діючої речовини в одній свічці відповідно до дитячого віку.

Фармакологічні речовини, які вводяться у пряму кишку через ректальні супозиторії, діють швидше, ніж при введенні через шлунок, оскільки всмоктування відбу-

вається через нижні й середні гемороїдальні вени і надходження у загальне коло кровообігу (нижню порожнисту вену), минаючи печінку. До складу ректальних свічок, що їх застосовують у педіатричній практиці, входять антипіретики, знеболювальні, імуностимулювальні засоби, засоби для профілактики та лікування вірусних інфекцій, профілактики та лікування закрепів у дітей.

Свічки зберігають у сухому, темному, недоступному для дітей місці за температури не вище 27 °С. Забороняється зберігати супозиторії з розкритою або відсутньою захисною оболонкою.

Техніка введення:

- сповивальний стіл, кушетку або ліжко застелити клейонкою, зверху накрити її пелюшкою;
 - вимити руки, надягнути гумові рукавички;
 - покласти дитину грудного віку на спину, старшу за рік — на лівий бік з приведеними до живота ніжками;
 - зняти з ректальної свічки захисну оболонку;
 - лівою рукою розвести дитині сідниці, а правою обережно ввести свічку вузьким кінцем у відхідник так, щоб вона увійшла за зовнішній сфінктер прямої кишки, інакше внаслідок скорочення м'язів сфінктера вона буде викинута назовні;
 - стиснути сідниці дитини на декілька хвилин.
- У дітей старшого віку цю процедуру ліпше проводити після спорожнення кишок.

Особливості виконання внутрішньошкірних, підшкірних, внутрішньом'язових ін'єкцій дітям

Парентеральний шлях уведення лікарських засобів є основним при тяжких захворюваннях дитини раннього віку, оскільки дає змогу точніше дозувати діючу речовину, виключає складнощі і небажані ефекти, які виникають при внутрішньому застосуванні ліків; є єдиним можливим за наявності блювання (у тому числі рефлексорного). Проте важливо пам'ятати, що він супроводжується болісними відчуттями і посилює негативні емоції, що виникають у дитини в процесі лікування. Тому медична сестра повинна поводитися з дитиною терпляче, з ніжністю і любов'ю, намагатися заспокоїти її.

Основні принципи введення лікарських засобів парентеральним шляхом є такими само, як і у дорослих, проте залежно від віку дитини мають свої особливості.

Першою і неодмінною умовою при будь-якому парентеральному способі введення лікарських препаратів є суворе дотримання правил асептики (миття і обробка рук, шкіри хворого та ін.). Це особливо стосується дітей перших місяців життя, недоношених, тяжкохворих, що пов'язано з недосконалістю або пригніченням імунітету і можливим виникненням гнійних ускладнень.

Внутрішньом'язові ін'єкції. У м'язах розгалужена мережа кровоносних і лімфатичних судин, завдяки чому ліки швидко і повністю всмоктуються. При внутрішньом'язовій ін'єкції створюється депо, з якого лікарський засіб повільно надходить до кров'яного русла; це підтримує необхідну його концентрацію в організмі, що особливо має важливе значення щодо призначення антибіотиків.

Проводити внутрішньом'язові ін'єкції слід під кутом 90° до поверхні тіла (мал. 109) у певних ділянках тіла, де є значний шар м'язової тканини і немає близько розташованих крупних судин та нервових стовбурів. Довжина голки залежить від товщини підшкірної жирової клітковини і віку дитини. Необхідно, щоб під час введення

голка пройшла підшкірну жирову клітковину, потрапила в товщу м'язів, але не торкнулася окістя. Так, у дітей старшого віку при надмірній підшкірній жировій клітковині довжина голки може становити до 60 мм із зовнішнім діаметром від 0,6 до 0,9 мм, при помірній — довжина — 30—40 мм, діаметр — від 0,4 до 0,8 мм. Дітям перших місяців життя, недоношеним, виснаженим підійдуть голки таких розмірів: 0,4×13 мм; 0,4×20 мм; 0,5×16 мм; 0,5×20 мм (мал. 111).

Для вибору голки при виконанні ін'єкції у дітей грудного віку і виснажених дітей старшого віку слід узяти шкіру, підшкірну жирову клітковину і частково м'яз у складку, щоб бути впевненим, що лікарський препарат потрапить саме в м'яз.

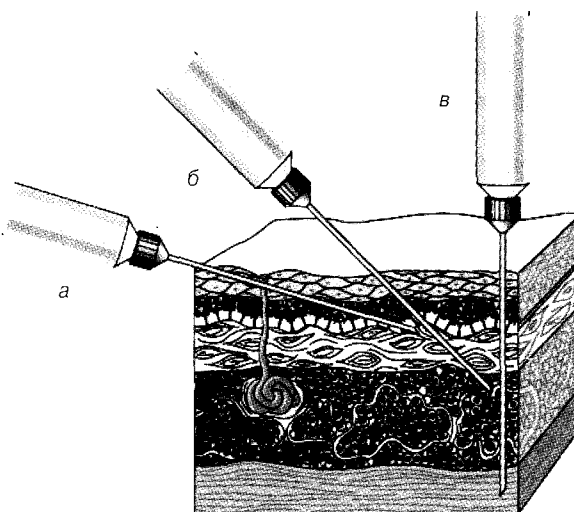
Найпридатнішими місцями для внутрішньом'язових ін'єкцій є м'язи сідниці (тільки верхньозовнішній квадрант!), верхня третина зовнішньої поверхні плеча (дельтоподібний м'яз) і передньозовнішня поверхня стегна.

Слід пам'ятати, що випадкове потрапляння голки в сідничний нерв може спричинити частковий або повний параліч кінцівки. Окрім того, поряд розташована кістка (крижі) і крупні судини.

Внутрішньом'язову ін'єкцію також можна виконати в дельтоподібний м'яз. Уздовж плеча проходять плечова артерія, вени і нерви, тому цю ділянку використовують лише тоді, коли інші місця недоступні для ін'єкцій або у разі щоденного виконання декількох внутрішньом'язових ін'єкцій.

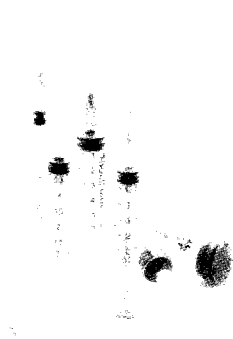
Внутрішньом'язову ін'єкцію в латеральний широкий м'яз стегна проводять у ділянці середньої третини передньозовнішньої поверхні.

Внутрішньом'язовий спосіб введення лікарських засобів забезпечує швидке потрапляння їх (через 10—15 хв) у загальне коло кровообігу. Фармакологічний ефект у такому разі більший, а тривалість менша, ніж при пероральному введенні. Об'єм однієї внутрішньом'язової ін'єкції не повинен перевищувати 10 мл у дітей старшого віку і 5 мл у дітей раннього віку (мал. 110). Якщо вводять олійний розчин або суспензію, треба завжди пересвідчитися, чи не потрапила голка в судину. Для цього поршень шприца трохи потягнути на себе. Якщо в шприці не з'являється кров, препарат можна вводити.

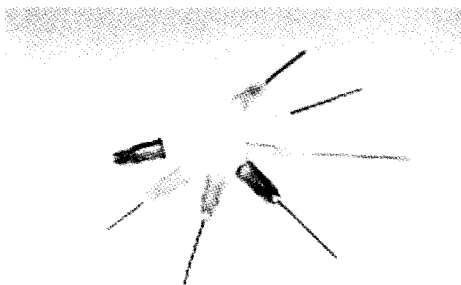


Мал. 109. Положення голки під час ін'єкції:

а — внутрішньоскірної; б — підшкірної; в — внутрішньом'язової



Мал. 110. Шприци для ін'єкцій різні за об'ємом



Мал. 111. Голки різних розмірів для внутрішньом'язових ін'єкцій

Перед внутрішньом'язовою ін'єкцією треба пересвідчитися, чи можна вводити цей препарат саме цим способом. Перед уведенням препарату і після здійснення ін'єкції ділянку ін'єкцій ретельно повинна оглядати медична сестра з приводу ушільнення, запалення, тривалої кровотечі з місця ін'єкції тощо; у разі виникнення їх слід негайно повідомити лікаря.

Підшкірні ін'єкції. У зв'язку з тим, що підшкірна жирова клітковина добре забезпечена кровоносними судинами, для швидкої дії лікарської речовини застосовують підшкірні ін'єкції. Лікарські речовини, що введені підшкірно, діють швидше, ніж ті, що введені через рот, оскільки вони миттєво всмоктуються в рихлій підшкірній жировій клітковині і не чинять на неї шкідливої дії. Підшкірні ін'єкції проводять під кутом 45° до поверхні тіла (див. мал. 109) голкою найменшого діаметра на глибину 15 мм і вводять до 2 мл лікарських препаратів. При підшкірному введенні ліків дитині слід урахувати товщину підшкірної жирової клітковини і застосовувати відповідну голку (див. вище).

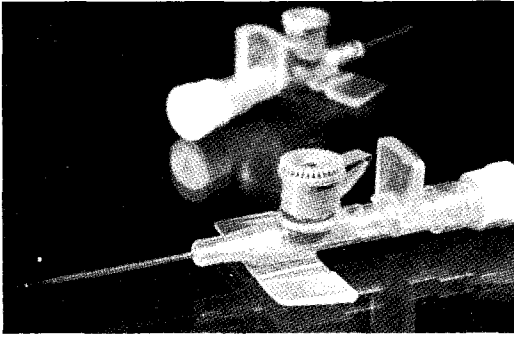
Підшкірно вводять здебільшого водні та олійні розчини лікарських засобів (олійний розчин камфори), суспензії (продлонговані форми інсуліну). При цьому в підшкірній жировій клітковині утворюється депо препарату, звідки він поступово усмоктується в кров. У разі підшкірного введення лікувальна дія розпочинається швидше, ніж у разі перорального застосування, але повільніше, ніж при внутрішньом'язовому введенні (у середньому через 10–30 хв). Треба мати на увазі, що при шоківих, колаптоїдних станах усмоктування ліків із підшкірної жирової клітковини може різко сповільнюватись. Деякі лікарські засоби при підшкірному введенні спричинюють біль і погано розсмоктуються, що призводить до утворення інфільтратів. При використанні таких препаратів, а також, коли необхідно отримати швидший ефект, підшкірне введення замінюють внутрішньом'язовим.

Найзручнішими ділянками для підшкірного введення є:

- зовнішня поверхня плеча;
- підлопатковий простір;
- передньозовнішня поверхня стегна;
- бічна поверхня черевної стінки.

У цих місцях шкіра легко береться в складку, до того ж, небезпека ушкодження кровоносних судин, нервів і окістя відсутня.

Не слід виконувати ін'єкції в місцях із набряклою або ушільненою підшкірною жировою клітковиною.



Мал. 112. Внутрішньовенний катетер

Внутрішньошкірні ін'єкції у педіатрії найчастіше проводять для діагностики хвороб, наприклад, туберкулінова проба (проба Манту). Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості шкіри дітей, виконання цієї маніпуляції потребує певного досвіду. Для більшої точності виконання ін'єкції і введення необхідної кількості призначеної речовини потрібні шприц із зазначенням поділки 0,01 мл і голка для внутрішньошкірних ін'єкцій. Ін'єкцію проводять під кутом 10—15° до поверхні тіла.

Внутрішньовенні ін'єкції. Внутрішньовенні ін'єкції передбачають введення лікарської речовини безпосередньо в кров'яне русло, що є необхідним при невідкладних, тяжких станах, проведенні регідратації у тому разі, коли дефіцит рідини не можна усунути шляхом перорального вживання ліків. Внутрішньовенні ін'єкції широко застосовують для введення антибіотиків; це гарантує швидке потрапляння лікарської речовини до ураженого органа. При цьому ліки з кров'ю надходять у праве передсердя і шлуночок серця, у судини легенів, у ліве передсердя і шлуночок, а звідти — у загальне коло кровообігу до всіх органів і тканин.

Внутрішньовенні ін'єкції найчастіше виконують у вени ліктьової ямки, оскільки вони мають великий діаметр, лежать поверхнево і порівняно майже не зміщуються під час пункції, а також у поверхневі вени кисті, передпліччя, рідше — у вени нижніх кінцівок. У дітей ліктьові вени дещо тонші, меншого діаметра, підшкірна жирова клітковина у дітей раннього віку розвинена більше, ніж у дорослих, тому проведення внутрішньовенних ін'єкцій потребує високої кваліфікації.

За необхідності інфузійного введення лікарських розчинів внутрішньовенний доступ у периферійну судину здійснюють за допомогою інфузійної канюлі (периферійного катетера) завдовжки до 6 см, яку встановлюють у периферійну вену за допомогою голки-провідника; найчастіше — у поверхневі вени кисті. Ця процедура малоінвазивна порівняно з методикою встановлення центрального катетера у яремні та підключичні вени, оскільки ризик розвитку таких небезпечних ускладнень, як травма легенів, ураження близько розташованих судинних і нервових стовбурів тощо відсутній. До того ж, хвора дитина не зазнає зайвих болісних відчуттів під час повторних венепункцій, що створює їй комфортніші умови для лікування і полегшує роботу медперсоналу.

Периферійний катетер (його зовнішню частину) надійно фіксують на шкірі пацієнта і він може бути у вені протягом 24—72 год, проте потребує певного догляду.

У дітей застосовують катетери, у яких розмір зовнішнього діаметра становить 0,6—0,8 мм, довжина канюлі (частини катетера, що залишилася у вені) — 19—25 мм у новонароджених і дітей раннього віку, у дітей старшого віку — 1—1,2 мм, довжина канюлі — 32—45 мм (мал. 112).

Основні моменти встановлювання і догляду за інфузійними катетерами:

- використовувати якомога менший розмір канюлі;
- установлювати можна меншу швидкість струменя інфузійного розчину;
- урахувати подразливу дію розчинів;
- уникати катетеризації вен у ділянці суглобів;
- надійно фіксувати зовнішню частину катетера на шкірі пацієнта;

- дотримуватися часу, упродовж якого рекомендується перебування канюлі у вені;
- дотримуватися правил асептики й антисептики під час установки і догляду за катетером;
- не перевстановлювати в канюлю частково або повністю видалену з неї голку.

Ін'єкційні ускладнення

Більшість ін'єкційних ускладнень є наслідком неправильних дій медичного персоналу, а саме:

- *порушення правил асептики*: інфільтрат, абсцес, сепсис, сироватковий гепатит, СНІД;

- *неправильний вибір місця ін'єкції*: інфільтрати, що погано розсмоктовуються, ушкодження окістя (періостит), судин (некроз, емболія), нервів (параліч, неврит);

- *неправильна техніка виконання ін'єкції*: поломка голки, повітряна або медикаментозна емболія, алергійні реакції, некроз тканин, гематома.

Інфільтрат є найпоширенішим ускладненням підшкірної і внутрішньом'язової ін'єкції. Найчастіше утворюється, якщо:

а) ін'єкцію виконано тупою голкою;

б) для внутрішньом'язової ін'єкції використовують коротку голку, призначену для внутрішньошкірних або підшкірних ін'єкцій;

в) неправильно вибране місце ін'єкції;

г) проводять часті ін'єкції в одне й те саме місце;

г) порушено правила асептики.

Абсцес — гнійне запалення м'яких тканин з утворенням порожнини, заповненої гноєм. Причини утворення абсцесів ті само, що й інфільтратів. При цьому відбувається інфікування м'яких тканин унаслідок порушення правил асептики.

Поломка голки може бути внаслідок різкого скорочення м'язів сідниці під час внутрішньом'язової ін'єкції, якщо з пацієнтом перед ін'єкцією не проведено попередньої бесіди або ін'єкцію зроблено в положенні хворого стоячи.

Медикаментозна емболія може настати внаслідок ін'єкції олійних розчинів підшкірно або внутрішньом'язово (*внутрішньовенно олійні розчини не вводять!*) і потраплення голки в судину. Олійний розчин, опинившись в артерії, закупорює її, що призводить до порушення живлення прилеглих тканин, некрозу їх. Ознаками некрозу є: посилення болю в ділянці ін'єкції, набряк, почервоніння або червоно-синюшний колір шкіри, підвищення місцевої і загальної температури. Якщо олія опиниться у вені, то з течією крові вона потрапить у легеневі судини, спричинивши симптоми емболії легеневих судин: раптовий напад задухи, кашель, синюшність верхньої половини тулуба (ціаноз), відчуття здавлювання в грудній клітці.

Повітряна емболія при внутрішньовенних ін'єкціях є також ускладненням. Ознаки емболії ті, що і під час медикаментозної, але з'являються вони дуже швидко — протягом 1 хв.

Ушкодження нервів може трапитися під час внутрішньом'язових і внутрішньовенних ін'єкцій або механічно (при неправильному виборі місця ін'єкції), або хімічно, коли депо лікарського засобу виявляється поряд із нервом, а також унаслідок закупорювання судини, що живить нерв. Тяжкість ускладнення може бути різною — від невриту до паралічу кінцівки.

Тромбофлебіт — запалення вени з утворенням у ній тромбу — спостерігається при частих венепункціях однієї і тієї ж вени або при використанні тупих голок. Озна-

ками тромбофлебиту є біль, гіперемія шкіри і утворення інфільтрату за ходом вени. Температура тіла може бути субфебрильною.

Некроз тканин може розвинутися внаслідок невдалої пункції вени і помилкового введення під шкіру значної кількості подразливого засобу. Потрапляння препаратів у тканини під час венепункції може бути внаслідок проколювання вени наскрізь, не потрапляння у вену. Найчастіше спостерігається при невмілому внутрішньовенному введенні 10 % розчину кальцію хлориду. Якщо розчин усе-таки потрапив під шкіру, слід негайно накласти джгут вище від місця ін'єкції, потім увести в місце ін'єкції і навколо нього ізотонічний розчин натрію хлориду — 50—80 мл (щоб знизити концентрацію препарату).

Гематома може виникнути також унаслідок невмілої венепункції: під шкірою з'являється багрова пляма, оскільки голка проколола вену наскрізь і кров потрапила в тканини. Пункцію вени слід припинити і притиснути це місце на декілька хвилин ватною кулькою, змоченою етиловим спиртом: внутрішньовенну ін'єкцію виконують в іншу вену, а на ділянку гематоми кладуть зігрівальний компрес.

Алергійні реакції на введення того чи того лікарського засобу можуть виявлятися у вигляді кропив'янки, гострого нежитю, гострого кон'юнктивіту, набряку Квінке, що нерідко виникають через 20—30 хв після введення препарату.

Найгрізнішим ускладненням алергійної реакції є *анафілактичний шок*. Анафілактичний шок розвивається протягом декількох секунд або хвилин від моменту введення лікарського препарату. Що швидше розвивається шок, то гірший прогноз.

Основні симптоми анафілактичного шоку: відчуття жару в тілі, здавлення в грудній клітці, задуха, запаморочення, біль голови, неспокій, різка слабкість, зниження АТ, порушення серцевого ритму. У тяжких випадках до цих ознак приєднуються симптоми колапсу, а смерть може настати через декілька хвилин після появи перших симптомів анафілактичного шоку. Лікувальні заходи при анафілактичному шоку повинні проводитися негайно після виявлення відчуття жару в тілі.

Віддаленими ускладненнями, які виникають через 2—4 міс. після ін'єкції, є вірусний гепатит В, D, С, а також ВІЛ-інфекція.

Значна концентрація вірусів парентерального гепатиту міститься в крові і спермі, менша концентрація — в слині, сечі, жовчі та інших секретах як у пацієнтів, хворих на гепатит, так і у здорових вірусоносіїв. Передача вірусу може відбуватися під час переливання крові і кровозамінників, лікувально-діагностичних маніпуляцій, у ході яких відбувається порушення цілості шкіри і слизових оболонок.

До групи найбільшого ризику зараження вірусом гепатиту належать особи, які здійснюють ін'єкції. Серед способів передачі вірусного гепатиту В перше місце займають уколи голкою або ушкодження гострим інструментарієм, і зумовлені зазвичай недбалим ставленням до використаних голочок і повторним використанням їх. Передача збудника може відбуватися також через руки особи, у якої є ушкодження шкіри.

Висока ймовірність зараження зумовлена: високою стійкістю вірусу в зовнішньому середовищі: тривалістю інкубаційного періоду (6 міс. і довше); великою кількістю безсимптомних носіїв.

На цей час запроваджено специфічну профілактику вірусного гепатиту В шляхом вакцинації.

ВІЛ-інфекція, що зрештою призводить до СНІДу (синдрому набутого імунodefіциту), також є загрозливою для життя. Зараження відбувається майже завжди внаслідок необережних, недбалих дій під час виконання медичних маніпуляцій: уколи голкою, порізи осколками пробірок і шприців, контактування з ушкоджени-

ми ділянками шкіри руками, не захищеними рукавичками. Щоб захистити себе від інфікування ВІЛ, кожного пацієнта слід розглядати як потенційного ВІЛ-інфікованого, оскільки навіть негативний результат дослідження його сироватки крові на наявність антитіл до ВІЛ може виявитися псевдонегативним. Це пояснюється наявністю безсимптомного періоду, що триває від 3 тиж. до 6 міс., протягом якого антигена в сироватці крові ВІЛ-інфікованої людини не визначаються.

Особливості використання очної мазі, очних та вушних крапель

При захворюваннях очей у дітей за призначенням лікаря закачують краплі або закладають мазь (мал. 114, 115). Перед процедурою медична сестра ретельно миє руки шиткою з милом, протирає їх етиловим спиртом (або спеціальним дезінфекційним засобом для рук). Якщо флакон з лікарським засобом не обладнано спеціальною піпеткою для закапування крапель в очі, лікарський засіб набирають у звичайну піпетку.

Техніка виконання: вказівним пальцем злегка відтягують нижню повіку, іншою рукою поволі випускають із піпетки одну краплю (ближче до носа), при цьому якщо хвора дитина здатна зрозуміти прохання, слід попросити її подивитися в протилежний бік. Згодом закачують другу краплю і просять дитину заплющити очі. Піпетку після використання промивають теплою водою і поміщають у спеціальний футляр.

При закладанні очної мазі відсувають нижню повіку вниз і на кон'юнктиві залишають мазь, дитину просять заплющити очі, після чого обережними рухами пальців по повіці розподіляють мазь.

Для виконання цієї процедури можна користуватися спеціальною скляною очною паличкою. Піпетки та очні палички використовувати індивідуально для кожного хворого.

Перед закапуванням крапель у ліве вухо голову хворого повертають праворуч або нахилиють до правого плеча. Лівою рукою відтягують вушну часточку (рос. мочка уха), причому в дітей раннього віку в напрямку назад і вниз, у старших — назад і вгору (мал. 116, 117). Це пов'язано з анатомічними особливостями зовнішнього слухового ходу в дітей. Правою рукою закачують декілька крапель у слуховий хід (згідно з інструкцією до застосування ліків). Після цього у вухо закладають невеликий ватний тампон на декілька хвилин або пов'язують голову хустинкою.



Мал. 114. Закапування очей



Мал. 115. Закладання мазі в очі



Мал. 116. Закапування крапель у вуха дитини раннього віку



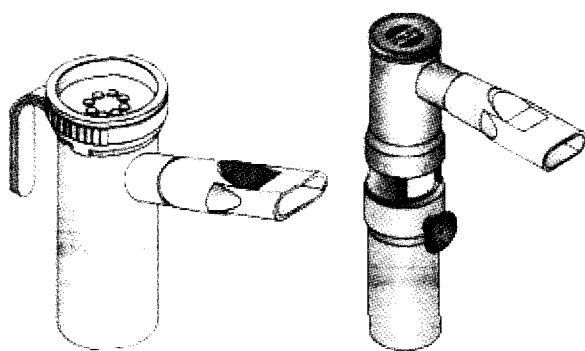
Мал. 117. Закапування крапель у вуха дитини старшого віку

Особливості інгаляційної терапії

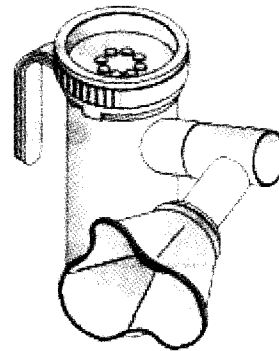
Інгаляційна терапія — один із методів лікування у педіатричній практиці і є парентеральним способом введення лікарських речовин. Розрізняють інгаляції парові, тепловологі, олійні, аерозольні. Ефект інгаляційної терапії визначається безпосереднім впливом діючої речовини на слизові оболонки дихальних шляхів і залежить від ступеня розсіювання аерозолю.

В умовах стаціонару інгаляції проводять за допомогою аерозольних, парових, універсальних (розрахованих на проведення тепловологих інгаляцій розчинами рідинних та порошкоподібних речовин), ультразвукових аерозольних апаратів. Паровий інгалятор обладнаний теплорегулятором для підігріву аерозолів до температури тіла. В ультразвукових інгаляторах розсіювання лікарських засобів здійснюється ультразвуковими коливаннями; потік і температура повітря регулюються. Для проведення інгаляцій дітям раннього віку використовують спеціальні маскові насадки (мал. 118, 119).

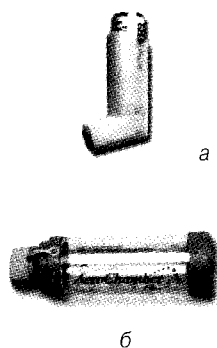
Інгаляції проводять за призначенням лікаря в спеціально обладнаному приміщенні (фізіотерапевтичний кабінет або відділення).



Мал. 118. Види інгаляторів



Мал. 119. Інгалятор із насадкою для дітей раннього віку



Мал. 120. Види інгаляторів:
а — кишеньковий; б — спейсер



Мал. 121. Використання кишенькового інгалятора



Мал. 122. Використання кишенькового інгалятора за допомогою спейсера

Правила користування кишеньковим та стаціонарним інгаляторами

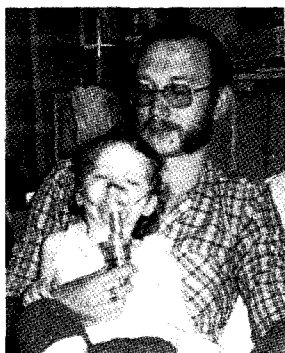
Кишеньковим інгалятором зазвичай користуються хворі на бронхіальну астму. Якщо вік дитини такий, що вона не спроможна самостійно користуватися інгалятором, це роблять батьки, а медичний персонал перед виписуванням дитини зі стаціонару повинен навчити їх правилам користування. Для дітей раннього віку використовують інгалятори зі спеціальними насадками — спейсерами, які дають можливість уникати втрати лікарського засобу під час інгаляції (мал. 120—122).

Перевірка інгалятора. Перед першим використанням інгалятора або після перерви в користуванні ним більш ніж 1 тиж. його треба перевірити. Для цього зняти ковпачок мундштука, злегка натиснувши на нього з боків, добре струснути інгалятор та зробити одне розпилення у повітря, щоб переконатися в його адекватній роботі.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ІНГАЛЯТОРА

1. Зняти ковпачок мундштука і, злегка натиснувши на нього з боків, переконатися в чистоті внутрішньої та зовнішньої поверхонь мундштука.
2. Старанно струснути інгалятор.
3. Узяти інгалятор, тримаючи його вертикально між великим та всіма рештою пальцями, причому великий палець повинен розташовуватися на корпусі інгалятора нижче від мундштука.
4. Зробити максимально глибокий видих, мундштук вставити у рот між зубами, охопити його губами, не прикушуючи при цьому.
5. Почати вдих через рот, у цю ж мить натиснути на верхівку інгалятора (почнеться розпилення ліків). При цьому хворий повинен повільно і глибоко вдихати. Одне натискання на верхівку інгалятора відповідає одній дозі.
6. Затримати дихання, вийняти інгалятор з рота і зняти палець із верхівки інгалятора. Дитина повинна затримати дихання настільки, наскільки зможе.
7. Якщо розпилення потрібно продовжити, треба зачекати приблизно 30 с, тримаючи інгалятор вертикально. Після цього виконати дії, описані в пунктах 2—6.

Останніми роками в педіатрії широкого застосування набула *небулайзерна інгаляційна терапія*, що ґрунтується на дрібнодисперсному розсіюванні лікарської речовини за допомогою компресора (мал. 123).



Мал. 123. Методика проведення небулайзерної терапії під час нападу бронхіальної астми у дитини 2 років



Мал. 124. Оксигенотерапія з використанням пластикового носового катетера



Мал. 125. Подача зволоженого кисню через лицеву маску

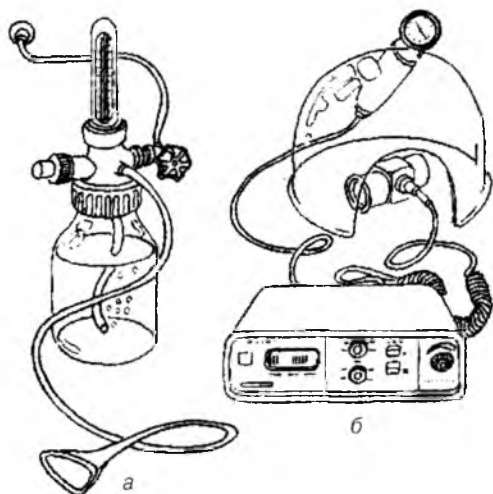
Перевагами цього методу інгаляційної терапії порівняно з іншими є те, що ліки, які розсіюються, безпосередньо діють на зону запалення в слизових оболонках дихального тракту; лікарська речовина, яка надходить під час інгаляції, не всмоктується у кров, проте глибоко проникає в легені. Проведення небулайзерної терапії не потребує координації вдиху з інгаляцією і тому є єдиним можливим методом аерозольної терапії у дітей віком до 5 років хворих на бронхіальну астму.

Методика і техніка подавання зволоженого кисню та користування кисневою подушкою. Оксигенотерапію застосовують для ліквідації або зменшення артеріальної гіпоксемії. Це достатньо ефективний спосіб, який сприяє підвищенню вмісту кисню в крові хворого. Кисень призначають особам із недостатнім забезпеченням органів і тканин киснем, яке виникає при різноманітних захворюваннях дихальної системи, органів кровообігу, при отруєннях, шоку, набряку легенів, після складних хірургічних втручань.

Тривалість оксигенотерапії — від декількох годин до декількох діб залежно від стану хворого. Кисень, що подається хворій дитині, обов'язково повинен бути зволеним, а його постійна концентрація в повітрі, що його вдихає хворий, становить 24—44 %. Подають зволений кисень різними засобами. Для цього використовують пластикові носові катетери, що їх вводять безпосередньо у носові ходи і фіксують пластиром (мал. 124). Катетери, а також вода, через яку подається кисень, повинні бути стерильними. Окрім катетерів зволений кисень подають через лицеві маски (мал. 125), пластмасові ковпаки або тенти для голови, у яких на відміну від кисневих палаток підтримується необхідна концентрація кисню за допомогою апарата для оксигенотерапії (мал. 126).

Одним із засобів подачі кисню є киснева подушка (мал. 127). *Киснева подушка* — чотирикутний прогумований мішок, який з'єднаний гумовою трубкою з краном та мундштуком або лійкою. Подушка вміщує до 10 л кисню, заповнюють її в аптеці або централізовано на кисневій станції. Перед застосуванням кисню мундштук обгортають 2—3 шарами марлі, змоченою водою, потім притуляють до рота хворої дитини і відкривають кран, за допомогою якого регулюють подачу кисню.

Після значного зменшення кількості кисню його витискують вільною рукою. Перед застосуванням мундштук обробляють дезінфекційними розчинами, кип'ятять або протирають етиловим спиртом.



Мал. 126. Апарати для оксигенотерапії:

а — прилад, який збільшує вологість повітря, і дозатор кисню; б — автоматичний регулятор кисню у вдихуваному повітрі



Мал. 127. Киснева подушка

Застосовують кисень та кисневу подушку лише за призначенням лікаря. Передозування кисню так само небезпечно, як і його нестача. Особливо тяжкі ускладнення внаслідок передозування кисню розвиваються у немовлят.

Часом ліки доцільно вводити в організм методом інгаляції (шляхом вдихання). При цьому вони впливають переважно на слизову оболонку бронхів. Так застосовують ізадрин у разі бронхоспазму, трипсин кристалічний у хворих на бронхіт. Інгаляційно вводять також речовини, які добре всмоктуються через слизову оболонку альвеол і справляють системну дію, наприклад, засоби для інгаляційного наркозу — фторотан, закис азоту тощо.

Контрольні питання

1. Правила зберігання ліків.
2. Облік сильнодіючих та наркотичних речовин і правила їх зберігання.
3. Зберігання ліків на посту медичної сестри.
4. Техніка застосування таблеток, порошоків, мікстур, сиропів, розчинів для внутрішнього застосування.
5. Техніка застосування супозиторіїв.
6. Особливості виконання внутрішньом'язових, внутрішньовенних, підшкірних ін'єкцій.
7. Особливості використання вушних та очних крапель у дітей.
8. Правила користування кишеньковим та стаціонарним інгаляторами.
9. Особливості проведення інгаляцій у дітей.
10. Методика і техніка подавання зволоженого кисню та користування кисневою подушкою.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРЧУВАННЯ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ. ОРГАНІЗАЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Харчування дитини першого року життя

Рациональне харчування, що відповідає фізіологічним потребам організму, який росте, є найважливішою умовою гармонійного розвитку дитини. Якісні та кількісні відхилення в харчуванні дитини легко спричинюють метаболічні зрушення, можуть пригнічувати або активізувати анаболічні процеси і призводити до таких захворювань, як рахіт, анемія, atopічний дерматит, гіпотрофія тощо. Дефекти харчування в ранньому віці спричинюють розвиток більш пізньої патології: ожиріння, ендокринні дисфункції, алергози, хронічні захворювання травного тракту тощо. Слід ураховувати також і психологічний комфорт, який створюється під час годування дитини і сприяє її повноцінному психічному розвитку.

Найліпшим вигодовуванням дитини віком до 6 міс. є виключно грудне, тобто вигодовування грудним молоком без застосування в раціоні дитини іншої їжі та/або рідини. Грудне вигодовування необхідно починати одразу (протягом 1-ї години) після народження дитини і продовжувати до 1 року, а за достатньої лактації у матері і довше.

Материнське молоко є ідеальним продуктом харчування дитини 1-го року життя. Воно містить не тільки всі необхідні для дитини поживні речовини в найоптимальнішому збалансованому співвідношенні, але й комплекс захисних чинників та біологічно активних речовин, які сприяють своєчасному і повноцінному формуванню імунної системи. Діти, яких годують груддю, рідше хворіють на інфекційні та алергійні хвороби, у них менший ризик розвитку отиту, діареї, синдрому раптової смерті, бронхіальної астми, ожиріння тощо і ліпші показники розумового розвитку. Грудне молоко містить близько 90 % води, що повністю задовольняє потреби дитини в рідині. Додаткове її введення може зменшити потребу в грудному молоці і призвести до недостатнього збільшення маси тіла дитини, підвищити ризик гострих кишкових інфекцій та зменшити тривалість грудного вигодовування. Проте з різних причин, які можуть бути зумовлені як станом здоров'я матері або дитини, так і іншими чинниками, дитина може отримувати заміники грудного молока — молочні суміші.

Згідно з прийнятою ВООЗ у 1993 р. "Схеми термінів та визначень грудного вигодовування" розрізняють вигодовування:

- *повне грудне*, коли дитина отримує тільки грудне молоко з грудей матері;
- *частково грудне (змішане)*, коли за недостатньої лактації в матері дитина ще отримує штучну адаптовану суміш;
- *штучне*, коли дитина замість грудного молока отримує його заміники (штучні суміші).

Правила грудного вигодовування дітей першого року життя

Для успішного і тривалого грудного вигодовування дитини необхідно дотримуватися певних правил, які стосуються як безпосередньо годування дитини, так і виконання елементарних правил гігієни:

- раннє прикладання до грудей матері (у першу годину після народження);
- цілодобове спільне перебування матері та дитини, починаючи від моменту народження (палата спільного перебування матері та дитини);
- правильне прикладання дитини до грудей;
- грудне вигодовування на вимогу дитини, у тому числі вночі;
- не давати дитині віком до 6 міс. ніяких інших продуктів і рідини, за винятком випадків, зумовлених медичними показаннями;
- не використовувати соски, пустушки;
- виключно грудне вигодовування до 6 міс.;
- обов'язкове введення адекватного підгодовування з 6 міс.;
- продовження грудного вигодовування до 1 року, а за можливості й довше.

Ознаки правильного прикладання дитини до грудей матері:

- голова і тіло дитини перебувають в одній площині;
- тіло дитини притиснуте до матері обличчям до грудей, підборіддя торкається груді матері, ніс навпроти соска;
- мати підтримує тіло дитини знизу, а не тільки його голову та плечі;
- мати підтримує грудь знизу пальцями, при цьому вказівний палець розташовується знизу, а великий — зверху (пальці не повинні бути близько від соска);
- на початку годування мати повинна доторкнутися соском до губ дитини і почекати, коли вона широко відкриє рот, а потім швидко наблизити дитину до груді, направивши її нижню губу нижче від соска так, щоб охопила нижню частину грудного кружальця (ареоли);
- положення матері має бути зручним для неї;
- ознаками ефективного смоктання є повільне, глибоке смоктання з невеликими перервами.

У перші дні після пологів мати годує немовля лежачи в ліжку, надалі — у зручному для матері й дитини положенні, яке сприяє повному розслабленню матері та забезпечує максимально комфортні умови дитині (мал. 128).

Найпоширенішим положенням під час годування дитини є положення сидячи. Мати бере немовля на руку, трохи повертається в бік груді, якою годуватиме дитину, а другою рукою підтримує грудь так, щоб не утруднювати дитині дихання носом під час смоктання, проте не здавлюючи частки грудної залози. Потрібно стежити, щоб під час смоктання дитина захоплювала ротом не лише сосок, а й грудне кружальце. Це полегшує смоктання, запобігає аерофагії (потраплянню повітря в шлунок), а також виникненню тріщин сосків.

Жінка, яка годує груддю, зобов'язана *дотримуватися звичайних правил гігієни*. Перед годуванням старанно мити руки з милом. До і після годування мити грудні залози милом або іншими асептичними засобами не обов'язково, оскільки в ділянці соска і грудного кружальця є спеціальні залози (залози Монтгомері), що виробляють секрет, який зберігає шкіру здоровою, захищає її від інфікування і запобігає виникненню тріщин соска. Часте миття грудей із застосуванням мила пересушує



Мал. 128. Види положень під час годування немовлят:

а — колискове; б — перехресне; в — з-під руки; г — лежачи; r' — австралійське

шкіру, руйнує її природний захисний шар і призводить до виникнення тріщин. Проте білизна, зокрема бюстгальтер, повинні бути бездоганно чистими. Доцільно використовувати спеціальні одноразові прокладки, які зберігають бюстгальтер сухим. Перед годуванням рекомендується зчідити декілька перших крапель молока, бо вони можуть бути заражені мікробами.

Режим годування дитини першого року життя

Грудне вигодовування проводять “на вимогу дитини”, тобто дитина сама визначає кількість і тривалість годувань залежно від індивідуальної потреби, без обмеження з боку матері, проте треба пам'ятати, що плач дитини не завжди означає, що вона голодна. На 1-му місяці життя дитину можна прикладати до грудей до 10—12 і більше разів, у тому числі й нічне годування. Це поліпшує процес лактації, сприяє довшій тривалості грудного вигодовування, запобігає розвитку гіпогалакції та лактостазу в матері. Проте, починаючи з 2—3 міс., більшість дітей встановлює певний режим годування — зазвичай з інтервалом у 2,5—3,5 год.

Тривалість годування становить у середньому 15—30 хв, але це залежить від загального стану дитини і особливостей будови грудної залози в матері. У перші 5—7 хв дитина зазвичай висмоктує близько 80 % молока. Якщо тривалість годування перевищує 30 хв або є меншою, необхідно встановити причину, оскільки це

може свідчити про різні порушення процесу вигодовування (недостатня лактація, порушення стану дитини тощо).

Зціджування молока. Правильно організоване вигодовування і нормальна лактація зазвичай не потребують зціджування молока. Проте в перші дні після народження молоко, що залишається в груді після годування, бажано зцідити, щоб не гальмувався лактогенез. Зціджене молоко можна зберігати за температури 18—20 °С не довше ніж 12 год; за температури 4—5 °С — до 48 год; —18...—20 °С — до 4 міс.

Приблизний режим годування дитини при грудному вигодовуванні:

- до 2—3 міс. — на вимогу або через 3 год;
- від 3 до 5—5,5 міс. — 6 разів через 3,5 год;
- від 5—5,5 міс. до 1 року — 5 разів через 4 год.

Після введення першого прикорму дитину переводять на п'ятиразове годування.

Цей режим є орієнтовним і повинен урахувати особливості росту і розвитку дитини. Якщо лактація знижена, можна прикладати дитину до грудей частіше, особливо уночі.

У певні вікові періоди організм дитини може потребувати більше грудного молока (у 3 тиж., 6 тиж., 3 міс.) і частішого прикладання до грудей, що зумовлено його інтенсивним ростом. *Достовірними ознаками недостатнього отримання дитиною грудного молока є збільшення її маси тіла менше ніж на 500 г за місяць; сечовиділення менше ніж 6 разів на добу, при цьому сеча стає концентрованою, з різким запахом.*

Поняття про підгодовування

Дитина віком 6 міс. для подальшого фізіологічного розвитку потребує розширення раціону харчування та введення до нього додаткових продуктів, тому що, починаючи із цього віку, грудне молоко вже не може задовольнити потребу дитини в енергії, мікронутрієнтах (насамперед залізі) для забезпечення її нормального розвитку.

Підгодовування — це продукти харчування, що їх вводять як доповнення до грудного молока або молочної суміші (у разі штучного вигодовування), дитини 1-го року життя.

Потрібно, щоб до введення підгодовування дитина була фізіологічно готовою. Ознаками цього є те, що дитина тримає голову; сидить майже без підтримки (у стільчику для годування); проявляє інтерес до продуктів, які вживають інші члени сім'ї; відкриває рот, коли підносять ложку з їжею, і відвертається від неї, коли не годюна; не виштовхує їжу з рота, а ковтає її.

Правила введення підгодовування. Продукти для підгодовування повинні відповідати віку дитини і поступово змінюватися за консистенцією, смаком, ароматом і зовнішнім виглядом. Підгодовування треба давати тоді, коли дитина активна і голодна, ліпше під час сніданку або обіду разом з іншими членами сім'ї. Підгодовування дають із ложки, після нетривалого годування груддю або невеликою кількістю молочної суміші у разі штучного вигодовування.

Під час годування дитина повинна перебувати у вертикальному положенні у спеціальному дитячому стільчику або в зручній позі на руках у матері. Починають давати підгодовування, поклавши невелику кількість їжі на кінчик чайної ложки. Ложку тримати так, щоб дитина її бачила. Потім торкнутися ложкою до губ дитини.

щоб вона відкрила рот, покласти ложку з їжею на середину язика, тоді дитина легко її проковтне.

Кожен продукт підгодовування вводять, починаючи з 1 чайної ложки і поступово збільшуючи — за 5—7 днів до повної порції. Щоразу після того, як дитина отримала підгодовування, доцільно прикладати її до грудей. Це допоможе зберегти лактацію, а дитині це принесе задоволення. Якщо дитина відмовилася від підгодовування, не треба годувати її примусово, тому що дитина може відмовитися взагалі від усіх інших продуктів. Можна запропонувати інший продукт (іншого смаку та/або консистенції) або той самий, але в інший день. Під час годування необхідно спілкуватися з дитиною.

Кожний наступний новий продукт для підгодовування повинен складатися з одного інгредієнта і давати його дитині впродовж не менше ніж 5 днів; після цього можна давати змішане підгодовування із цих продуктів. Для полегшення звикання дитини до нових продуктів рекомендується додавати в продукти підгодовування грудне молоко. Продукти для підгодовування повинні бути щойно приготовленими, ніжною гомогенною консистенцією, температури 36—37 °С. *З появою ознак поганої переносимості підгодовування (порушення функції системи травлення, алергійні реакції тощо) введення цього продукту підгодовування слід припинити і за умов нормалізації стати дитини поступово увести інший.*

Важливо, щоб дитина віком 6 міс. почала отримувати підгодовування з підвищеним умістом заліза. Продукти і страви для підгодовування вводять поступово залежно від віку дитини, а їхній об'єм не повинен перевищувати рекомендовані норми (табл. 7).

Таблиця 7. Орієнтовна схема введення продуктів та страв для підгодовування у разі природного вигодовування дітей 1-го року життя

Продукти і страви підгодовування	Термін введення, міс.	Об'єм підгодовування залежно від віку дитини				
		6 міс.	7 міс.	8 міс.	9 міс.	10—12 міс.
Сік (фруктовий, ягідний, овочевий), мл	6	30—50	50—70	50—70	80	100
Фруктове пюре, мл	6	40—50	50—70	50—70	80	90—100
Овочеве пюре, г	6	50—100	150	170	180	200
Молочно-круп'яна каша, г	6—7	50—100	100—150	150	180	200
Молочно-злакова каша, г	7—8	—	—	50—100	100—150	150—200
Кисломолочні продукти, мл	8—9	—	—	—	—	—
Сир, г	6,5—7,5	5—25	10—30	30	30	50
Яєчний жовток, шт.	7,0—7,5	—	1/8—1/4	1/4—1/2	1/2	1/2—1
М'ясне пюре, г	6,5—7,0	5—30	30	50	50	50—60
Рибне пюре, г	8—10	—	—	10—20	30—50	50—60
Олія, г	6	1/2 ч. л.	1/2 ч. л.	1 ч. л.	1 ч. л.	1 ч. л.
Вершкове масло, г	6—7	1/2 ч. л.	1/2 ч. л.	1 ч. л.	1 ч. л.	1 ч. л.
Хліб пшеничний, г	8—9	—	—	5	5	10

Продукти і страви для підгодовування. Першою стравою для підгодовування, що пропонується дитині віком 6 міс., можуть бути овочеве або фруктове пюре, а також каші (перевагу надавати крупам, які не містять глютену, — гречці, рису, кукурудзі). Частота введення цих продуктів повинна бути 1—2 рази на день із поступовим збільшенням порції.

Існують певні правила введення дитині овочевих та фруктових страв для підгодовування

- Овочі доцільно вводити перед фруктами, оскільки деяким дітям може не сподобатися смак овочів, якщо вони звикли до солодкого смаку фруктів.
- Починати з одного виду овочів або фруктів і лише після того як дитина отримала кожен із них окремо, можна їх змішувати.
- Починати з негострих на смак овочів (кабачків, гарбуза, картоплі, капусти, патисонів) і фруктів (яблук, персиків, абрикосів, слив).
- Овочеве чи фруктове пюре як низькобілкову страву підгодовування давати не довше, ніж 2 тиж., потім їх збагачують шляхом додавання до високобілкових продуктів (м'який сир, м'ясо).
- Можна давати протерті свіжі овочі та фрукти, які слід добре помити і почистити. З часом можна давати овочі та фрукти шматочками.

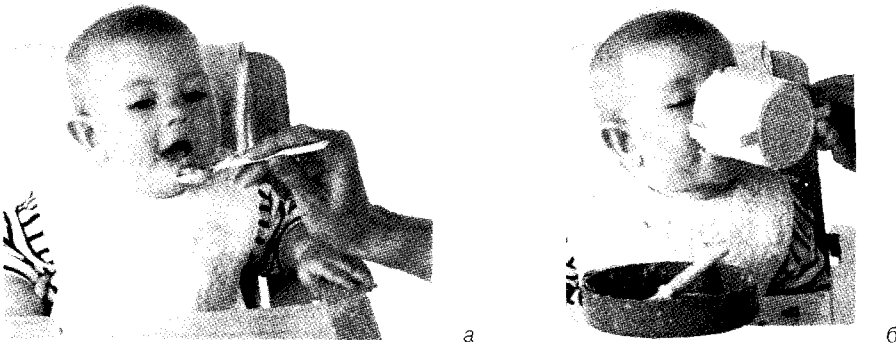
Починаючи з 6 міс., допомагати дитині навчатися пити з чашки (мал. 129). Не рекомендується вживання будь-яких видів чаю (чорного, зеленого, трав'яного) та кави до виповнення дитині 2 років. Ці напої перешкоджають усмоктуванню заліза. Після 2 років уникати споживання чаю під час їди.

Сік доцільно давати дитині тоді, коли вона вже отримує інші продукти підгодовування, починаючи з 3—5 крапель 1 раз на день і спостерігаючи за станом дитини; поступово доводять до необхідного об'єму, пересвідчившись, що дитина випиває достатньо грудного молока (молочної суміші — у разі штучного вигодовування).

Із 6 міс. у раціон дитині вводять м'який сир.

Каші пропонується вводити як підгодовування у віці 7 міс.

- У перші 10 днів давати 5 % кашу, протягом 2 тиж. концентрацію її поступово довести до 10 %.
- Змішані каші з декількома видами круп вводити тільки після того, як дитина отримувала каші з кожним видом круп окремо.
- Каші можна розводити грудним молоком.



Мал. 129. Підгодовування дитини:
а — з ложечки; б — з чашки

- Для приготування каші використовувати молочну суміш або розведене коров'яче молоко. Щоб отримати 200 мл розведеного молока, необхідно закип'ятити 70 мл води, додати 130 мл перевареного коров'ячого або козиного молока, додавши 1 чайну ложку цукру без верха.

- Каші можна змішувати з овочами або фруктами, але тільки після того, як дитина спробувала кожен із цих продуктів окремо.

- Годувати дитину тільки з ложки.

Вводити м'ясо рекомендовано дитині у віці 6,5—7 міс. Рекомендується телятина, курятина, індичатина, крольчатина. Починати з дрібно перекрученого або розім'ятого м'яса (м'ясного фаршу), поступово переходячи до його кулінарної обробки у вигляді фрикадельок, котлет та ін. М'ясо повинно бути не сухе, зберігати природну вологість, щоб дитина могла його легко проковтнути.

Рибні страви (фарш, фрикадельки, котлети) рекомендується з 8—10 міс.; яєчний жовток, який є також джерелом заліза, — із 7 міс. *Яєчний білок є алергенним продуктом і до виповнення дитині 1 року його давати не слід.*

Цільне коров'яче або козине молоко слід давати дитині не раніше 9-місячного віку, а ліпше після 1 року, оскільки воно справляє велику алергенну дію. Розведене коров'яче молоко можна використовувати для приготування страв для підгодовування.

У віці 1 рік дитина повинна отримувати різноманітне підгодовування, уміти пити з чашки.

Перед кожним споживанням їжі дитині обов'язково вмити руки.

Часткове грудне (змішане) годування. Поняття про догодовування

При зниженні лактації у матері дитину переводять на часткове грудне годування, яке передбачає введення догодовування штучними сумішами залежно від кількості грудного молока.

Якщо виникає сумнів, чи достатньо дитина висмоктує молока з груді матері, треба провести контрольне годування. Для цього дитину зважують до годування і після (залишаючи її у тому ж одязі, що й до годування). Різниця маси тіла між другим та першим зважуванням і буде показником кількості молока, яку висмоктала дитина. Контрольне годування обов'язково проводять під час кожного годування протягом 1—2 діб.

Якщо дитина отримує грудного молока менше, ніж потрібно, лікар ставить питання про *догодовування* дитини штучною сумішшю. При цьому необхідну кількість суміші розраховують шляхом визначення різниці між потрібною кількістю молока та об'ємом молока, який отримує дитина протягом дня (за результатами проведення контрольного годування).

Догодовування додають до кожного годування після того, як дитина висмокче молоко з обох грудей матері. А щоб дитина не відмовилася від грудей, догодовувати її потрібно з ложечки або з дитячої чашечки. Якщо кількість молока у матері невелика, можна догодовувати дитину методом чергування: одне годування — прикладати дитину до грудей, друге — годувати з пляшечки (ложечки, чашечки).

Для догодовування використовують адаптовані молочні суміші залежно від віку дитини. Вид суміші, її об'єм і кількість годувань визначає лікар.

Штучне годування дітей першого року життя. Техніка приготування молочних сумішей

Якщо дитину годувати грудним молоком неможливо (протипоказання з боку матері і дитини чи відсутність молока у матері), потрібно повністю перейти на штучне годування з використанням заміників грудного молока (адаптованих сумішей).

Адаптовані суміші виготовляють переважно з коров'ячого молока, рідше — з козиного або рослинного (соевого, кокосового).

Основними принципами щодо зміни складу коров'ячого молока для приготування адаптованих молочних сумішей є: зменшення загальної кількості білка, збагачення сироватковим альбуміном, зміна складу жирів, підвищення рівня вуглеводів, корекція мінерального складу, збагачення комплексом мінеральних солей, вітамінів і мікроелементів, збагачення біологічно активними речовинами, біфідогенними і захисними факторами.

Незважаючи на те, що сучасні суміші, які використовують для годування немовлят, за своїм складом максимально наближені до жіночого молока, штучне вигодовування має негативний вплив на дитячий організм, а саме:

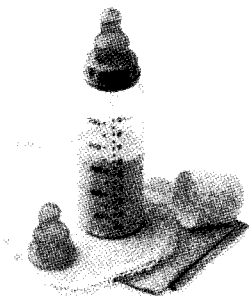
- порушення принципу видоспецифічності живлення;
- відсутність біологічних факторів захисту від захворювань і алергії;
- відсутність біологічно активних компонентів, що визначають регуляцію темпів дозрівання;
- метаболічний стрес, що створює підвищений ризик розвитку хвороб цивілізації та іншої патології;
- напруженість апарату травлення і ймовірність формування хронічних захворювань органів травлення, зокрема порушення біоценозу кишок;
- можливість контамінації молочних сумішей екологічними та інфекційними агентами.

Адаптовані молочні суміші використовують відповідно до віку дитини і характеру захворювання. Виділяють суміші, призначені для недоношених немовлят, дітей з дисбіозом, непереносимістю коров'ячого молока, анемією, синдромом мальабсорбції (порушення всмоктування). Вид суміші, її об'єм і частоту годувань визначає лікар.

Техніка приготування. Адаптовані молочні суміші промислового виробництва випускають у трьох формах: рідина, готова для споживання, концентрована рідина з подальшим розведенням і порошок. Порошкову форму зазвичай використовують частіше і вона найбільш економна.

Приготування суміші проводять відповідно до рекомендації щодо її застосування. Перед приготуванням суміші необхідно вмити руки з милом. Завчасно приготувати чистий посуд (спеціальна дитяча градуйована пляшечка місткістю 200—250 мл з величиною поділки 10 мл — мал. 130), соску, ємкість для приготування суміші, мірну ложечку, суміш для вигодовування дитини та переварену воду для її розведення. Воду потрібно довести до температури, яка вказана в інструкції до приготування суміші.

Відміряти необхідну кількість суміші, насипати її у ємкість, добре розмішати, довести до температури 37—38 °С і заповнити нею пляшечку для годування дитини. Отвір у сосці повинен бути невеликий, щоб молоко (чи суміш) витікали краплями (20—30 крапель за 1 хв). Якщо суміш охолола, підігрівати її можна в пляшці на во-



Мал. 130. Дитяча градуйована пляшечка



Мал. 131. Годування дитини з пляшечки



дяній бані, але тільки таку кількість, яка потрібна на одне годування. Існують спеціальні підігрівачі для молочних сумішей на одне годування. Перед годуванням слід обов'язково перевірити, чи відповідає температура суміші 37—38 °С.

NB! Використання неперевареної води, нестерилізованих пляшечок, а також неправильне розведення суміші можуть стати причиною розладів травлення у дітей.

Дитину ліпше годувати, тримаючи на колінах; голова її повинна лежати на передпліччі того, хто годує. Пляшечку із сумішшю слід тримати вільною рукою так, щоб шийка пляшечки увесь час була заповнена молоком (мал. 131).

Годують дитину залежно від стану, на вимогу або через певні часові інтервали. У разі тяжкого стану дитини годування у стаціонарі проводить медична сестра через зонд.

NB! Ні в якому разі не слід залишати дитину під час годування, тому що це може призвести до аспірації (потрапляння їжі в дихальні шляхи).

Режим годування дітей раннього віку

У віці від 1 до 3 років триває інтенсивний ріст дитини, розвиток і вдосконалення її органів та систем, тому зберігається висока потреба у пластичному й енергетичному матеріалі. Через це раціональне харчування, що відповідає фізіологічним потребам дитини, і є найважливішою умовою гармонійного розвитку.

У цей період важливо сформувати у дитини принципи здорового харчування, які надалі сприятимуть її здоровому розвитку та збереженню здоров'я. Рекомендована кількість годувань становить не менше 5 на день — три основних і два додаткових.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ ДИТИНИ ВІКОМ 1—3 РОКИ

- Продовжувати грудне вигодовування і на 2-му році життя.
- Раціон харчування повинен бути різноманітним і щоденно містити свіжі овочі та фрукти.
- Рекомендуються нежирні сорти м'яса, риби, печінка, яйця.

- Страви повинні бути м'якими, кашоподібної гомогенної консистенції: пюре, суфле, тефтелі, парові котлети, а фрукти та овочі дрібно порізаними. З появою корінних зубів консистенція їжі може бути такою, як у дорослих.

- До 2-річного віку в раціоні харчування дитини молоко та молочні продукти повинні бути звичайної жирності (3,2 % або 2,5 %), а для дітей старших 2 років — зі зниженим вмістом жиру. У раціоні використовують кисломолочні продукти.

- Для профілактики йододефіцитних станів під час приготування їжі слід використовувати йодовану сіль.

- Їжу надавати ретельній кулінарній обробці і давати її дитині не пізніше, ніж через 30 хв після приготування.

- Режим годування (табл. 8) повинен виконуватися, проте слід обов'язково враховувати смакові уподобання дитини. Ні в якому разі не вдатися до “перекусів”, тобто вживання солодощів або інших калорійних продуктів між рекомендованими споживаннями їжі.

Таблиця 8. Режим годування дітей віком від 1 до 3 років

Вік дитини	Перший сніданок	Другий сніданок	Обід	Підвечірок	Вечера
1—1,5 року	8.00—8.30	11.00	13.00—13.30	16.00	19.00—19.30
1,5—3 роки	8.00—8.30	—	12.00—12.30	16.00	19.00—19.30

Організація харчування дітей в умовах стаціонару. Показання до вибору дієти

Харчування дітей у лікарні проводять за призначенням лікаря під безпосереднім контролем медичної сестри. У організації харчування дітей використовують два основних принципи: індивідуальний і груповий. Індивідуальну дієту призначає лікар: у цьому разі їжу готують спеціально для кожної дитини; при груповому принципі призначають ту чи ту загальноприйнятну дієту, яка справляє певну лікувальну дію. Номер дієти, а також режим годування дитини залежать від її віку та характеру захворювання. Медична сестра повинна знати, яку дієту одержує кожна хвора дитина і стежити за її дотриманням.

Для дітей 1-го року життя найраціональнішим є вигодовування грудним молоком. А під час захворювання це особливо є необхідним для дитини, оскільки сприяє швидшому її одужанню. Режим годування може змінюватися залежно від загального стану дитини і захворювання. У медичній карті дитини лікар проводить розрахунок годування, складає меню, а медична сестра стежить за тим, щоб мати чи той, хто доглядає за дитиною, його дотримувались. У разі тяжкого стану дитини годування проводить медична сестра через зонд.

У дієтичному харчуванні дітей використовують лікувальні дієти № 1—14 і загальні дієти № 15—16.

Діти віком від 1 року 3 міс. до 3 років отримують їжу відповідно до дієти № 16, а від 3 до 18 років — № 15. Ці дієти забезпечують потреби дитини в основних харчових інгредієнтах за умови відсутності протипоказань до призначення лікувального харчування.

Залежно від захворювання дитині старшого віку призначають лікувальне харчування, яке є найважливішою складовою комплексної терапії. Основна мета його —

відновлення порушених функцій хворого органа й організму в цілому. Лікувальне харчування має враховувати патогенез, клінічну картину, динаміку розвитку хвороби і повною мірою відповідати потребам хворої дитини у харчових інгредієнтах. Це досягається шляхом адаптації хімічного складу раціону до стану хворого за допомогою добору продуктів і способу їх кулінарної обробки.

Для харчування хворих призначають різні дієти за Певзнером (див. тему 12: дієта № 1 — при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічному гастродуоденіті в стадії загострення та неповної клінічної ремісії; № 2 — при гострому та хронічному гастриті зі зниженою секрецією, ентериті і коліті у період реконвалесценції (одужання); № 3 — при хронічних захворюваннях кишок із закрепами в стадії загострення та неповної клінічної ремісії; № 4 — при хронічних захворюваннях кишок з диспептичними явищами, синдромі мальабсорбції (порушенні кишкового всмоктування); № 5 — при хронічному гепатиті, дискінезії жовчовивідних шляхів, жовчнокам'яній хворобі, гострому гепатиті в період загострення; № 6 — при уратній і оксалатній нефропатії; № 7 — при захворюваннях нирок та сечовивідних шляхів без ознак декомпенсації; № 7а, № 7б, № 7в — при захворюваннях нирок з ознаками декомпенсації; № 8 — при ожирінні; № 9 — при цукровому діабеті; № 10 — при захворюваннях серцево-судинної системи з порушенням кровообігу; № 11 — при анемії, зниженій реактивності організму, тривалих септичних процесах; № 12 — при захворюваннях центральної та периферійної нервової системи; № 13 — при гострих інфекційних процесах та в післяопераційний період (окрім черевних операцій); № 14 — при фосфатурії.

Харчовий блок, роздавальня, їдальня. Місце цих підрозділів у структурі стаціонару і лікарні в організації харчування дітей

Для забезпечення харчування дітей у відділеннях стаціонару є спеціальний підрозділ — *харчоблок*. До його складу входять кімната для миття посуду, яка облаштована раковинами для миття посуду з двома секціями для брудного та чистого посуду або комбайнами для миття посуду, кімната для роздачі їжі (роздавальня) та їдальня. Посуд зберігається в роздавальні, окремо для матерів і дітей.

Роздавальня облаштована шафою для чистого посуду; холодильником для зберігання запасу молочних сумішей на добу, електрокип'ятильником; електроплитою для підігрівання їжі; столом із гігієнічним покриттям для роздачі їжі; комплектом посуду (на одного хворого по одній глибокій, мілкій і десертній тарілці, чашка, виделка, ложки — столова і чайна); шафою для зберігання хліба, солі, цукру, шафою для стерилізації посуду; бачком для відходів з кришкою, яка щільно закривається; мийними та дезінфекційними засобами. *Інвентар для прибирання та мийні засоби повинні бути маркованими і зберігатися в окремому приміщенні.*

Їжу для дітей готують централізовано, а у відділення доставляють згідно з часом уживання її хворими. Для транспортування та зберігання їжі використовують марковані термоси: “Для перших страв”, “Для других страв”, “Гарнір”, “Молоко” та ін.

Роздають їжу в *їдальні* відділення не пізніше 2 год від часу її приготування. Якщо необхідно, страви перед уживанням підігрівають. Роздають їжу роздавальниця, буфетниця або чергова медсестра, надягнувши при цьому спеціальні халати.

Персонал, який причетний до роздавання їжі, повинен дотримуватися правил особистої гігієни: перед відвідуванням туалету знімати халат; після відвідування — вимити руки з милом та обробити їх одним із дезінфекційних засобів.

NB! *Технічний персонал, зайнятий прибиранням палат та інших приміщень, до роздавання їжі не допускається.*

Порядок і дотримання правил роздавання їжі контролює старша медсестра. Перед споживанням їжі усі лікувальні процедури припиняються (окрім випадків, зумовлених станом дитини). Діти повинні вимити руки з милом, а медперсонал зобов'язаний це проконтролювати. За стіл зазвичай садовлять дітей одного віку та тих, хто отримує однакову дієту. Стільці повинні бути з матеріалу, що добре миється. Під час споживання їжі в їдальні медперсонал стежить за тим, щоб діти їли спокійно, допомагає в разі необхідності і, якщо дитина відмовляється від їжі, або погано їсть, з'ясовує причину та повідомляє лікаря. Якщо в дитини поганий апетит, простежити, щоб вона з'їла найбільш повноцінну частину страви.

Тяжкохворі та хворі на інфекційні захворювання споживають їжу в палаті. Якщо дитина може сидіти, то після миття рук вона їсть самостійно за приліжковим столом; якщо дитині важко сидіти, їй надають положення напівсидячи. Для цього піднімають головний кінець функціонального ліжка або підкладають під спину декілька подушок. Шия та груди вкривають фартушком або клейонкою. Лівою рукою підводять голову дитини, а правою — підносять ложку з їжею або спеціальний поїльник. Кількість їжі, яку спожила дитина, обов'язково фіксують у листку призначень.

Їжа має бути смачною, шойно приготовленою і теплою (40—45 °С). Власні продукти харчування вживають у межах асортименту, дозволеного лікарем; вони мають зберігатися в призначених для цього шафах або холодильниках і видаватися дітям під контролем медичної сестри.

Особливої уваги потребує контроль за дотриманням правил кулінарної обробки продуктів відповідно до способів профілактики харчових отруєнь. Обробку посуду проводять так: спочатку посуд очищують від харчових відходів, знежирюють шляхом замочування у 2 % розчині натрію гідрокарбонату або миють із застосуванням одного з дозволених МОЗ України засобів (Додаток № 5), добре споліскують та прожарюють у сухожаровій шафі за температури 180 °С протягом 30 хв або за температури 120 °С протягом 45 хв. Харчові відходи збирають у спеціальні маркіровані баки і в той же день вивозять із відділення. М'який інвентар для прибирання після використання заливають дезінфекційним розчином на термін відповідно до інструкції, кип'ятять протягом 15 хв, потім споліскують і сушать. М'який інвентар для миття підлоги обробляють так само, але не кип'ятять.

Контроль за санітарним станом харчоблоку полягає у щоденній перевірці якості прибирання кухні, підсобних приміщень, дотриманні правил миття посуду (обов'язково гарячою та холодною водою), використанні необхідних мийних засобів, своєчасній переміні спеціального для роботи на кухні одягу. Проводять щоденний огляд працівників харчоблоку на наявність гноячкових захворювань шкіри.

Контрольні питання

1. Види вигодовування дітей 1-го року життя.
2. Правила годування дітей 1-го року життя груддю.
3. Режим годування дитини 1-го року життя.

4. Поняття про підгодовування і догодовування.
5. Техніка годування дитини 1-го року життя з пляшечки та з ложечки.
6. Техніка приготування молочних сумішей.
7. Режим годування дитини раннього віку (1—1,5 та 1,5—3 років).
8. Організація харчування дітей старшого віку в стаціонарі.
9. Роль харчоблоку, роздавальної, їдальні в організації харчування дітей в умовах стаціонару.
10. Особливості призначення діет № 1—16 за Певзнером дітям.
11. Показання до вибору дієти.

ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ АНТРОПОМЕТРІЇ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

Антропометричні дослідження дітей різного віку

Під час госпіталізації до стаціонару ще у приймальному відділенні дитині обов'язково проводять антропометричні дослідження. Це дає можливість лікареві не тільки оцінити фізичний розвиток дитини, а й правильно і своєчасно поставити діагноз (зокрема у разі втрати маси тіла). Техніка проведення антропометричних досліджень різниться залежно від віку дитини, а також — від її загального стану.

На 1-му році життя для вимірювання довжини тіла використовують спеціальний горизонтальний ростомір у вигляді широкої дошки завдовжки 80 см і завширшки 40 см (мал. 132). З одного боку ростоміра нанесено поділки величиною 1 мм. Ростомір має дві горизонтальні планки, одна з яких нерухома, а друга — пересувна і легко рухається по сантиметровій шкалі.

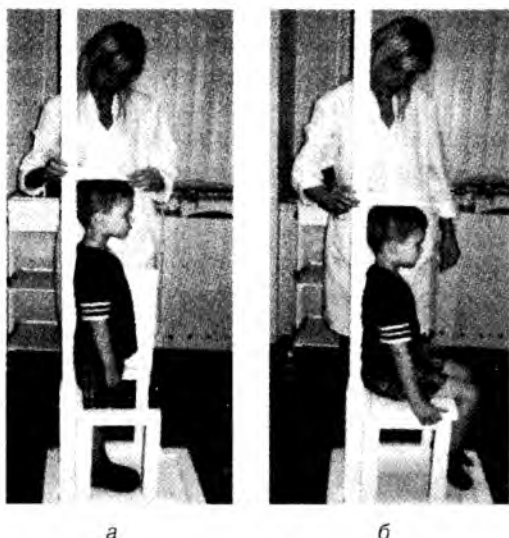
Техніка вимірювання: дитину кладуть на спину так, щоб її голова впритул торкалася тім'ячком до нерухокої горизонтальної планки ростоміра.

Голову розташовують і фіксують у положенні, при якому зовнішній край нижньої повіки і верхній край зовнішнього слухового ходу були розташовані на одній лінії перпендикулярно до поверхні ростоміра.

Ноги дитини випрямляють легким натисканням на коліна лівою рукою; правою — підводять рухоми планку ростоміра впритул до підшви випрямлених ніг. Відстань



Мал. 132. Вимірювання довжини тіла дитини 1-го року життя



Мал. 133. Вимірювання зросту дітей старшого віку: а — стоячи; б — сидячи

між рухомою і нерухомою планками відповідає довжині тіла дитини. Точність цих вимірювань становить $\pm 0,5$ см.

Вимірювання дітей віком після 1 року (мал. 133) проводять за допомогою вертикального ростоміра. На вертикальній стійці нанесено 2 шкали з поділками (у сантиметрах): праворуч — для вимірювання зросту в положенні стоячи, ліворуч — для вимірювання зросту в положенні сидячи. Для цього у нижній частині ростоміра є табуретка з відкидним сидінням, яку прикріплено на рівні 40 см від підлоги. Ростомір має рухому планку, яка фіксується на рівні росту дитини.

Техніка вимірювання: дитина стоїть на площадці ростоміра спиною до вертикальної стійки у випрямленому положенні, торкаючись її п'ятками, сідницями, міжлопатковою ділянкою та потилицею; руки опущені вздовж тулуба, п'ятки разом, носки — врізнобіч.

Голову встановлюють у положення, при якому зовнішній край очної ямки і верхній край козелка вуха розташовані в одній горизонтальній площині. Рухому планку прикладають до голови без надавлювання. Довжину тіла дітей віком від 1 до 3 років доцільно вимірювати, становлячи їх на відкидне сидіння (показники зросту дивитися на шкалі ліворуч).

Необхідно пам'ятати, що між зростом у ранкові і вечірні години різниця становить іноді до 1–2 см.

Зважування дітей. Від народження до 2–3 років дітей зважують на електронних або чашкових вагах (мал. 134, 135). Ваги складаються з жолоба й коромисла із двома шкалами з поділками: нижня — у кілограмах, верхня — у грамах. Коромисло чашкових ваг має противагу. Перед зважуванням ваги необхідно урівноважити. Якщо ваги не урівноважені, слід обережно повернути шайбу (мікрогвинт) на противазі до себе або від себе, орієнтуючись на покажчики рівноваги. Електронні ваги показують більш точні результати зважування, тому використовувати їх для зважування дітей доцільніше.

Техніка зважування: спочатку зважують пелюшку. Дитину роздягають і вкладають на широку частину лотка головою і плечовим поясом; ніжками — на вузьку частину лотка. Якщо дитина може сидіти, її саловлять сідницями на широку частину лотка, а ноги розташовують на вузькій частині.

Масу тіла недоношених дітей можна вимірювати, не роздягаючи їх, щоб запобігти переохолодженню; у цьому разі масу одягу відмінусовують від сумарної. Для зважування дітей, котрі перебувають у кюветі, використовують ваги, які вмонтовані безпосередньо в кювез.



Мал. 134. Зважування дітей раннього віку на чашкових вагах



Мал. 135. Зважування дітей раннього віку на електронних вагах

Вкладати дитину на ваги і знімати з них можна тільки при закритих коромислах, стоячи лицем до шкали. Показання знімають з того боку гіри, де є насічки; нижню гірю розміщують у гніздо на нижній шкалі.

Після запису показників маси тіла гіри ставлять у вихідне положення (позначка "0"), а коромисло вагів — на запобіжник. Для визначення маси тіла дитини необхідно від показань, що на вагах, відминувати масу пелюшки. Точність зважування становить ± 10 мг.

Дітей віком після 3 років зважують у положенні стоячи (мал. 136). Під час зважування дитина, яку перед тим слід роздягнути, повинна стояти нерухомо на середині площадки ваг. Зважування рекомендується проводити зранку натще, бажано після сечовипускання і дефекації.

Обвід голови вимірюють сантиметровою стрічкою, проводять її позаду в ділянці потиличного горба, через точку, яка найбільше виступає, а спереду — по лінії надбрівних дуг (мал. 137).

Для вимірювання висоти голови застосовують антропометр або спеціальний циркуль, один кінець якого встановлюють на маківці голови, а другий — на тій ділянці підборіддя, яка найбільше виступає.

Обвід грудної клітки вимірюють у стані спокою. Стрічку накладають позаду під кутами лопаток, спереду — на грудні кружальця (мал. 138). У дівчаток пубертатного віку спереду стрічку накладають по четвертому ребру над грудними залозами. Дітям 1-го року життя вимірювання проводять у положенні лежачи, а дітям старшого віку — стоячи (руки опущені, дихання спокійне).

На відміну від дітей раннього віку обвід грудної клітки в старших дітей вимірюють під час спокійного дихання на висоті влиху і під час повного видиху (мал. 139).

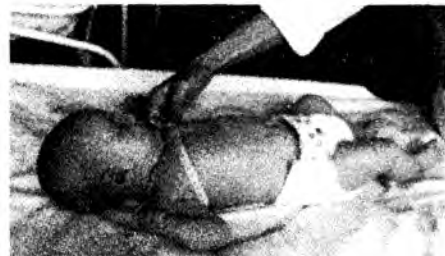
Для вимірювання передньозаднього і поперечного діаметра грудної клітки користуються спеціальним циркулем. Під час вимірювання передньозаднього діаметра одну ніжку циркуля встановлюють біля нижнього краю груднини, другу — на тому ж рівні біля остистого відростка хребта. Для визначення поперечного діаметра грудної клітки ніжки циркуля встановлюють на рівні нижнього краю груднини по середній пахвовій лінії.



Мал. 136. Зважування дітей старшого віку



Мал. 137. Вимірювання обводу голови



Мал. 138. Вимірювання обводу грудної клітки



Мал. 139 Вимірювання обводу грудної клітки:
а — під час спокійного дихання; б — на висоті вдиху; в — під час повного видиху

Оцінювання фізичного розвитку дітей різного віку

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) *фізичний розвиток* дитини визначає як узагальнений індикатор стану здоров'я окремої дитини та популяції, а показники фізичного розвитку дітей раннього віку — як критерій оцінювання соціально-економічного розвитку окремого регіону, країни. Моніторинг фізичного розвитку дітей раннього віку ВООЗ вважає одним із найефективніших заходів, що їх здійснюють медичні працівники щодо зниження показника смертності та захворюваності дітей раннього віку. Оцінювання фізичного розвитку дитини віком до 3 років проводять, керуючись “Нормами зросту”, які розроблені ВООЗ у 2006 р. і рекомендовані для використання. Ці норми є міжнародним стандартом фізичного розвитку дитини раннього віку в усіх країнах незалежно від етнічної належності, соціально-економічного статусу та виду харчування.

Норми (стандарти) фізичного розвитку дітей раннього віку, розроблені ВООЗ, повинні використовувати:

- медичні працівники як ефективний інструмент скринінгового оцінювання фізичного розвитку дітей раннього віку для своєчасного виявлення відхилень від норми та захворювань, консультування батьків, призначення у разі потреби необхідного обстеження та лікування;
- організатори охорони здоров'я як інструмент для обґрунтування необхідності розробки державних та регіональних програм, спрямованих на реалізацію права дитини на нормальний фізичний розвиток, підтримку грудного вигодовування, забезпечення раціонального харчування, підвищення доступності та якості медичної допомоги дітям і матерям;
- батьки як інструмент, який дає змогу сім'ї разом із медичними працівниками ефективніше здійснювати моніторинг фізичного розвитку дитини, розуміти важливість і необхідність виконання рекомендацій стосовно вигодовування та харчування, своєчасно звертатися по медичну допомогу.

Оцінювання фізичного розвитку проводять під час кожного обов'язкового медичного профілактичного огляду дитини віком до 3 років. Медична сестра виконує антропометрію (зважування, вимірювання довжини/зросту і обводу голови). Отримані дані заносять у відповідні графіки фізичного розвитку, які заповнюють окремо для хлопчиків та дівчаток. Це дає можливість побачити тенденцію фізичного розвит-

ку дитини за певний період та виявити проблеми фізичного розвитку. Також необхідно звернути увагу на динаміку показників за період спостереження за дитиною.

Оцінювання фізичного розвитку дітей старшого віку також проводять на підставі результатів антропометричного дослідження шляхом порівняння індивідуальних показників дитини з нормативними. Для цього використовують метод орієнтовних розрахунків за емпіричними формулами і метод антропометричних стандартів.

Метод орієнтовних розрахунків за емпіричними формулами базується на знанні основних закономірностей збільшення маси тіла і зросту, обводів голови і грудної клітки. Проте цей метод дає лише приблизну картину фізичного розвитку дитини і його рідко використовують педіатри.

Метод антропометричних стандартів точніший, оскільки індивідуальні антропометричні величини зіставляються з нормативними відповідно до віку і статі дитини. Існують регіонарні таблиці стандартів двох типів: сигмального (параметричного) і центильного (непараметричного).

Метод сигмальних стандартів. Суть методу полягає в зіставленні отриманих показників за кожною ознакою із середніми (стандартними) даними, розробленими на підставі проведення масових антропометричних обстежень дітей різного віку. Результати зіставлення антропометричних даних зі стандартними дають змогу оцінити кожен ознаку окремо.

Істотним недоліком цього методу є те, що кожен ознаку оцінюють окремо без взаємозв'язку з іншими показниками.

Метод центильних стандартів. Суть центильного методу полягає в такому: усі результати вимірів однієї ознаки розташовують у висхідній градації у вигляді впорядкованого ряду. Цей упорядкований ряд, що охоплює увесь діапазон коливань ознаки, ділять на 100 інтервалів. Потрапляння в них мають рівні вірогідності, але діапазони таких центильних інтервалів у абсолютних одиницях вимірів неоднакові. Центальною тенденцією упорядкованого ряду є п'ятдесятій центиль — *медіана*. Зазвичай для характеристики розподілу наводять не всі 100, а лише 7 фіксованих центилів: 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й, 97-й.

Проміжки між центильними ймовірностями називають центильними інтервалами (коридорами).

Цей метод не математичний і тому ліпше характеризує варіаційні ряди в біології і, зокрема, у медицині. Він достатньо простий у використанні, не потребує розрахунків, повною мірою дає можливість оцінити взаємозв'язок між різними антропометричними показниками і тому його широко використовують у світі.

У переважній більшості випадків відхилення від стандартних темпів збільшення маси тіла та довжини/зросту свідчать про порушення стану здоров'я дитини і потребують ретельного аналізу ситуації із застосуванням відповідних заходів.

Контрольні питання

1. Антропометричні дослідження та особливості їх проведення у дітей різного віку.
2. Методика вимірювання маси тіла дитини залежно від віку.
3. Методика вимірювання довжини тіла дитини залежно від віку.
4. Техніка вимірювання обводу голови.
5. Техніка вимірювання обводу грудної клітки у дітей різного віку.
6. Оцінювання фізичного розвитку дітей різного віку.

Тестові завдання

Тестові завдання до тем 1—2

Основні принципи загального та спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю. Організація роботи терапевтичного відділення стаціонару

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ
ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

- A. 30—35 °С
- B. 35—40 °С
- C. 20—30 °С
- D. 25—30 °С
- E. 40—50 °С.

1. Яка середня тривалість гігієнічної ванни?

- A. 10 хв за температури 38—40 °С
- B. 20 хв за температури 35—40 °С
- C. 20 хв за температури 38—40 °С
- D. 5 хв за температури 35—40 °С
- E. 10 хв за температури 35—40 °С.

2. Яку відповідальність несе медперсонал за порушення правил обліку і зберігання лікарських препаратів списку А і В?

- A. Кримінальну
- B. Цивільну
- C. Адміністративну
- D. Дисциплінарну
- E. Моральну.

3. При виявленні педикульозу у пацієнта його обробку проводять згідно з наказом:

- A. № 720
- B. № 120
- C. № 38
- D. № 408
- E. ДЕРГСТ 42-21-2-85.

4. Тривалість гігієнічної ванни:

- A. 40 хв
- B. 1 год
- C. 30—40 хв
- D. 10—15 хв
- E. 20—25 хв.

5. Куди сповіщають про кожний випадок педикульозу?

- A. У санітарно-епідеміологічну станцію (ф. 3) – екстрене повідомлення про інфекційне захворювання
- B. У шкірно-венерологічний диспансер
- C. У міліцію
- D. У місцеві органи охорони здоров'я
- E. У Міністерство охорони здоров'я.

6. Якою повинна бути температура води для гігієнічної ванни?

7. Як дезінфікується натільна й постільна білизна?

- A. У 5 % розчині хлораміну
- B. У 0,5 % розчині хлораміну
- C. В 1 % розчині хлораміну
- D. У 3 % розчині хлораміну
- E. Кип'ятити у 2 % розчині натрію гідрокарбонату упродовж 15 хв.

8. Який індикатор використовують для контролю якості стерилізації гумових виробів?

- A. Сахарозу
- B. Антипірин
- C. Антифібрин
- D. Резорцин
- E. Бензойну кислоту.

9. Для приготування 1 % розчину хлораміну необхідно:

- A. 5 мл хлораміну і 995 мл води
- B. 2 мл хлораміну і 998 мл води
- C. 10 мл хлораміну і 990 мл води
- D. 20 мл хлораміну і 980 мл води
- E. 50 мл хлораміну і 950 мл води.

10. Яка відповідальність передбачена за порушення санітарно-протиепідемічних заходів?

- A. Адміністративна
- B. Кримінальна
- C. Дисциплінарна
- D. Цивільна
- E. Моральна.

11. Температура повітря в палаті повинна бути:

- A. 20—30 °С
- B. 25—30 °С
- C. 16—17 °С
- D. 18—22 °С
- E. 30—32 °С.

12. Який дезінфекційний розчин використовують для вологого прибирання палат?
- A. 1 % розчин хлораміну
 - B. 3 % розчин хлораміну
 - C. 5 % розчин хлораміну
 - D. 6 % розчин водню пероксиду
 - E. 1 % розчин дезоксону.
13. Дезінфекцію індивідуальних предметів догляду проводять згідно з наказом:
- A. № 450
 - B. № 408
 - C. № 720
 - D. № 770
 - E. № 288.
14. Які дезінфекційні засоби застосовують для вологого прибирання приміщення?
- A. 0,25 % розчин лізоформіну
 - B. 5 % розчин хлораміну
 - C. 2 % розчин хлораміну
 - D. 1 % розчин хлораміну
 - E. 3 % розчин водню пероксиду.
15. Генеральне прибирання спеціальних приміщень проводять:
- A. Через день
 - B. Щодня
 - C. Один раз на тиждень
 - D. Двічі на день
 - E. Двічі на тиждень.
16. Дезінфекцію ванни перед її заповненням водою проводять:
- A. 0,5 % розчином хлораміну
 - B. 5 % розчином хлораміну
 - C. 1 % розчином хлораміну
 - D. 3 % розчином водню пероксиду
 - E. 2 % розчином хлораміну.
17. Заходи щодо зниження показника захворюваності на вірусний гепатит регламентуються наказом:
- A. № 38
 - B. № 288
 - C. № 720
 - D. № 770
 - E. № 408.
18. Дезінфекція — це процес:
- A. Знищення усіх мікроорганізмів, включаючи спори
 - B. Знищення патогенних мікроорганізмів у середовищі, що оточує людину
 - C. Видалення з поверхні об'єктів сторонніх тіл
 - D. Видалення з виробів медичного призначення білкових, жирових забруднень
 - E. Видалення із виробів медичного призначення забруднень.
19. Поточна дезінфекція — це:
- A. Дезінфекція, що проводиться в осередку інфекції багаторазово у присутності хворого або носія
 - B. Дезінфекція, що проводиться постійно незалежно від наявності інфекційного захворювання
 - C. Дезінфекція, що проводиться в осередку інфекції одноразово після ізоляції хворого
 - D. Дезінфекція, що проводиться в осередку інфекції після госпіталізації хворого
 - E. Дезінфекція, що проводиться в осередку інфекції після переведення хворого в інше відділення.
20. Назвіть номер наказу з профілактики зараження на СНІД:
- A. № 158
 - B. № 408
 - C. № 720
 - D. № 120
 - E. № 288.
21. Профілактику якої внутрішньогоспітальної інфекції регламентує наказ № 408?
- A. Туберкульозу
 - B. Вірусного гепатиту В
 - C. Педикульозу
 - D. Гнійно-септичних інфекцій
 - E. Корости.
22. Як обробляється клейонка і клейончастий фартух після їх використання?
- A. Дворазове протирання 1 % розчином хлораміну з інтервалом 15 хв
 - B. Дворазове протирання 3 % розчином хлораміну протягом 15 хв
 - C. Замочування в 3 % розчині хлораміну на 60 хв
 - D. Протирання мийним розчином, а через 15 хв зрошення 3 % розчином водню пероксиду

Е. Протирання мийним розчином, а через 15 хв 70 % етиловим спиртом.

23. Як дезінфікують клейонки і кушетки, на яких оглядали хворого?

- A. 0,5 % розчином хлораміну з інтервалом 15 хв протирають, прополіскуюють і висушують
- B. 3 % розчином хлораміну
- C. 3 % розчином хлораміну
- D. 3 % розчином водню пероксиду
- E. 1 % розчином хлораміну з інтервалом 15 хв.

24. Що повинна зробити медсестра перед проведенням санітарної обробки хворого з педикульозом?

- A. Приготувати дезінфекційний розчин
- B. Надягти маску і додатковий халат
- C. Надягти окуляри, додатковий халат
- D. Надягти маску, додатковий халат, косинку й окуляри
- E. Надягти маску, рукавички, додатковий халат і косинку.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ
КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Медсестра від старшої медичної сестри одержала наркотичні анальгетики для відділення. У якому документі вона зареєструє їх надходження у відділення?

- A. Журналі обліку наркотичних анальгетиків
- B. Листку призначення наркотичних анальгетиків
- C. Листку лікарських призначень
- D. Маніпуляційному журналі
- E. Медичній карті стаціонарного хворого.

2. Старша медична сестра терапевтичного відділення повинна одержати з аптеки наркотичні лікувальні засоби. Яким наказом керується медична сестра під час оформлення документації?

- A. № 117
- B. № 172
- C. № 310
- D. № 408
- E. № 356.

3. У приймальне відділення звернувся пацієнт, 68 років, з ушкодженням нижньої кінцівки

внаслідок автомобільної катастрофи. Під час огляду виявлено платтяний педикульоз. Згідно з наказом МОЗ України № 38 одяг пацієнта треба:

- A. Замочити у дезрозчині
- B. Спалити
- C. Відправити в клейончастому мішку в дезкамеру
- D. Обробити 10 % розчином формаліну
- E. Випрати.

4. У хворого у приймальному відділенні знайдено платтяні воші. Ваші дії:

- A. Провести повторне миття хворого з милом у ванні й відправити одяг у дезінфекційну камеру
- B. Відмовити в госпіталізації
- C. Обробити волосисту частину голови мильно-гасовою емульсією
- D. Обробити волосисту частину голови дикрезилом
- E. Обробити волосисту частину голови 10 % розчином ошту.

5. Медична сестра, яка оглядала пацієнта в приймальному відділенні, виявила педикульоз. Згідно з яким наказом МОЗ необхідно здійснити санітарну обробку?

- A. № 408
- B. № 120
- C. № 223
- D. № 38
- E. № 191.

6. У хворого в приймальному відділенні виявлено педикульоз. Медична сестра заповнила історію хвороби, записала в журнал, зробила санітарну обробку. Який ще документ вона повинна заповнити?

- A. Статистичний талон
- B. Екстрене повідомлення в СЕС
- C. Амбулаторну карту
- D. Карту вибуття зі стаціонару
- E. Алфавітний журнал.

7. У приймальне відділення центральної районної лікарні доставлено хворого для обстеження. Медсестра на запитання хворого про діагноз повідомила йому про попередній діагноз лікаря — “пухлина шлунка”. У хворого стався гіпертонічний криз. Відповідно до якої статті кримінального кодексу повинна нести відповідальність медсестра?

- A. № 145 про незаконне розголошення лікарської таємниці
 B. № 141 про порушення прав пацієнта
 C. № 140 про належне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником
 D. № 131 про неналежне виконання професійних обов'язків, недбале або несумлінне ставлення до них
 E. № 136 про ненадання допомоги.
8. У приймальне відділення звернувся пацієнт зі скаргами на біль у надчерев'ї. Після огляду лікаря і надання першої медичної допомоги пацієнт відчув себе краще й відмовився від госпіталізації. Яку документацію необхідно оформити в приймальному відділенні?
 A. Статистичну карту вибуття зі стаціонару
 B. Журнал планової госпіталізації
 C. Медичну карту стаціонарного хворого
 D. Журнал реєстрації стаціонарних хворих
 E. Журнал обліку прийому хворих.
9. У приймальне відділення звернувся чоловік зі скаргами на біль голови. Після огляду черговий лікар відмовив йому в госпіталізації через відсутність показань. Який документ необхідно заповнити в цьому разі?
 A. Журнал реєстрації консультацій і відмов у госпіталізації
 B. Алфавітний журнал
 C. Журнал реєстрації хворих (ф. 001-у)
 D. Медичну карту стаціонарного хворого
 E. Карту вибуття зі стаціонару.
10. У приймальне відділення надійшла хвора без певного місця проживання. Під час огляду медсестра виявила в неї педикульоз, із приводу чого було проведено спеціальну санобробку, хвору відправлено у відділення. Наступний огляд пацієнтки на педикульоз необхідно провести у відділенні через:
 A. 5 днів
 B. 2 дні
 C. 15 днів
 D. 10 днів
 E. 20 днів.
11. У приймальне відділення надійшла хвора без певного місця проживання. Під час огляду медсестра виявила в неї педикульоз, із приводу чого було проведено спеціальну санітарну обробку, хвору відправлено у відділення. Який документ необхідно заповнити не пізніше ніж через 12 год від моменту виявлення педикульозу?
 A. Форму 001-в
 B. Журнал реєстрації хворих
 C. Форму 058-в
 D. Медичну карту стаціонарного хворого
 E. Карту вибуття зі стаціонару.
12. Згідно з яким наказом МОЗ України для профілактики зараження ВІЛ-інфекцією/СНІДом медперсонал перед проведенням маніпуляції ВІЛ-інфікованому пацієнтові повинен переконатися в наявності аварійної аптечки й виконувати маніпуляцію в присутності іншого фахівця?
 A. № 288
 B. № 408
 C. № 720
 D. № 158
 E. № 120.
13. Улітку під час надання невідкладної допомоги ВІЛ-інфікованому пацієнтові його кров потрапила на шкіру рук медсестри, не захищену гумовими рукавичками. Як оптимально провести обробку місця, забрудненого кров'ю?
 A. Обробити 70 % етиловим спиртом, промити водою з милом, повторити обробку 70 % етиловим спиртом
 B. Обробити 3 % розчином водню пероксиду, промити водою з милом, повторити обробку 3 % розчином водню пероксиду
 C. Обробити 6 % розчином водню пероксиду, промити водою з милом, повторити обробку 6 % розчином водню пероксиду
 D. Обробити 1 % розчином хлораміну, промити водою з милом, повторити обробку 1 % розчином хлораміну
 E. Обробити 3 % розчином хлораміну, промити водою з милом, повторити обробку 3 % розчином хлораміну.
14. Під час проведення маніпуляції кров хворого потрапила на стіл медсестри. Що по-

- винна зробити медсестра згідно з наказом № 120?
- Обробити стіл 0,5 % розчином хлораміну
 - Обробити стіл двічі 6 % розчином хлораміну
 - Обробити стіл 1 % розчином хлораміну
 - Обробити стіл двічі 2 % розчином натрію гідрокарбонату
 - Обробити стіл 70 % етиловим спиртом.
15. Через 1 хв після нанесення на голку 2 крапель бензидинового реактиву з'явилося синьо-зелене забарвлення. Як оцінити результат цієї проби?
- Проба позитивна, свідчить про наявність залишків крові
 - Проба позитивна, свідчить про наявність залишків мийного засобу
 - Проба позитивна, свідчить про порушення режиму стерилізації
 - Проба негативна
 - Проба негативна, свідчить про придатність матеріалу до застосування.
16. Перед стерилізацією на пінцет нанесено три краплі 1 % спиртового розчину фенолфталеїну. Про що може свідчити рожеве забарвлення?
- Наявність у шприці розчину дезоксону
 - Наявність на пінцеті вітаміну B₁₂
 - Наявність на пінцеті вітаміну B₆
 - Наявність на пінцеті мийного засобу
- Наявність на пінцеті залишків крові.
 - Санітарка під час прибирання ванної кімнати помітила відсутність ємкості з дезрозчином, про що голосно повідомила чергову медсестру, яка перебувала в протилежному кінці коридора. Який режим порушила санітарка?
 - Лікувально-охоронний
 - Санітарно-протиепідемічний
 - Санітарно-гігієнічний
 - Санітарно-профілактичний
 - Лікувально-організаційний.
 - Хворого доставлено у відділення з діагнозом "кровотеча у травний канал". Якого режиму фізичної активності хворий потребує?
 - Суворого ліжкового
 - Ліжкового
 - Палатного
 - Загального
 - Напівпалатного.
 - У приймальне відділення доставлено пацієнта з вираженою задишкою, ціанозом, набряками гомілок. Яким способом медсестра повинна транспортувати його у відділення?
 - На кріслі-каталці
 - Повільно пішки у супроводі медсестри
 - На ношах
 - На каталці
 - Повільно пішки у супроводі двох санітарок.

Тестові завдання до теми 3

Розпитування хворого та його роль в оцінюванні загального стану пацієнта

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
ДЛЯ КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

- До якого розділу опитування пацієнта належить скарга на ядуху?
 - Скарги хворого
 - Деталізація скарг
 - Опитування по системах
 - Історія розвитку хвороби
 - Історія життя.
- Залежний від статі тип успадкування характерний для:
 - Виразкової хвороби
 - Гіпертонічної хвороби
 - Цукрового діабету
 - Гемофільї
 - Бронхіальної астми.
- Під час опитування хворого перенесені захворювання описують у розділі:

- A. Історія життя
B. Історія розвитку хвороби
C. Опитування по системах
D. Скарги хворого
E. Деталізація скарг.
4. Який розділ анамнезу називають медичною біографією?
A. Головні скарги хворого
B. Другорядні скарги хворого
C. Історію життя
D. Історію хвороби
E. Опитування по системах.
5. До якого розділу анамнезу входить скарга на значне зменшення маси тіла?
A. Розпитування з приводу загального самопочуття
B. Скарги хворого
C. Історія життя
D. Історія хвороби
E. Опитування по системах.
6. Докладний опис, вивчення кожної скарги проводять у наступному розділі історії хвороби:
A. Опитування по системах
B. Деталізація скарг
C. Історія розвитку хвороби
D. Скарги хворого
E. Історія життя.
7. Опитування по системах починають із системи:
A. З боку якої пацієнт скаржиться
B. Нервової
C. Серцево-судинної
D. Сечової
E. Дихальної.
8. В якому розділі анамнезу під час опитування хворого описуються шкідливі звички?
A. У скаргах
B. В анамнезі хвороби
C. В анамнезі життя
D. Опитування по системах
E. Вивчення другорядних скарг хворого.
9. Анамнез є таким методом дослідження:
A. Суб'єктивним
B. Об'єктивним
C. Додатковим
D. Лабораторним
E. Інструментальним.
10. Поліурія — це:
A. Виділення сечі понад 2 л на добу
B. Повне припинення виділення сечі
C. Наявність у сечі гною
D. Сеча кольору м'ясних помий
E. Виділення сечі менше ніж 500 мл.
11. Що таке анурія?
A. Виділення сечі за добу менше ніж 1000 мл
B. Збільшення виділення сечі за добу понад 2000 мл
C. Відсутність сечі протягом доби
D. Часте сечовипускання
E. Болюче сечовипускання.
12. Гостра затримка сечі — відсутність сечовипускання не менше ніж протягом:
A. 4—8 год
B. 1—2 год
C. 4—6 год
D. 6—12 год
E. 12—18 год.
13. Ішурія — це:
A. Накопичення сечі в сечовому міхурі внаслідок неспроможності самостійного сечовипускання
B. Прискорене сечовипускання
C. Утруднене сечовипускання
D. Припинення надходження сечі в сечовий міхур
E. Наявність крові у сечі.
14. Гостра затримка сечі — це:
A. Анурія
B. Ішурія
C. Олігурія
D. Поліурія
E. Ніктурія.
15. Повне припинення виділення сечі — це:
A. Анурія
B. Гематурія
C. Олігурія
D. Піурія
E. Поліурія.
16. Який симптом не характерний для захворювання органів дихання?
A. Кровохаркання

- В. Ядуха
С. Задишка
D. Кашель
E. Підвищення АТ.
17. Ядуха — це:
A. Глибоке дихання
B. Періодичні паузи на тлі глибокого дихання
C. Поверхнєве дихання
D. Різко виражена задишка
E. Патологічне дихання.
18. Експіраторна задишка — це:
A. Задишка, під час якої утруднений видих
B. Задишка, під час якої утруднений видих та вдих
C. Задишка, під час якої утруднений вдих
D. Шумне дихання
E. Часте поверхнєве дихання.
19. Який симптомокомплекс характеризує виразкову хворобу дванадцятипалої кишки?
A. Біль оперізувальний, невпинне блювання, схильність до проносів, сухість у роті
B. Голодний біль в епігастральній ділянці, більше справа, відрижка кислим, схильність до закріпів
C. Біль постійний, ниючий у правому підребер'ї, здуття живота, відрижка гірким, нудота
D. Біль у правому підребер'ї, що іррадіює в праву лопатку, блювання жовцю, нудота
E. Біль у надчерев'ї, постійний, ниючий, відрижка тухлим, схильність до проносів.
20. Який симптом найтипівіший для виразкової хвороби дванадцятипалої кишки?
A. Нудота
B. Блювання
C. Закрепи
D. Біль натше та через 1,5—3 год після їди
E. Відрижка повітрям, їжею, зригування.
21. Який основний симптом характерний для бронхіальної астми?
A. Напад ядухи
B. Кашель сухий
C. Кашель з виділенням харкотиння
D. Біль у грудній клітці
E. Підвищення температури тіла.
22. Назвіть препарат, який застосовують для зняття больового нападу під час стенокардії:
A. Фентаніл
B. Анальгін
C. Новокаїн
D. Нітрогліцерин
E. Лідокаїн.
23. Для типової форми інфаркту міокарда характерна локалізація болю:
A. За грудниною
B. У лівій половині грудної клітки
C. У надчерев'ї
D. У лівому підребер'ї
E. У правому підребер'ї.
24. Який характер болю у разі перфорації виразки?
A. Кинджальний
B. Ниючий
C. Пекучий
D. Стисний
E. Колькоподібний.
25. Назвіть головну скаргу хворого із сухим плевритом:
A. Кровохаркання
B. Серцебиття
C. Біль у грудній клітці
D. Задишка
E. Вологий кашель.
26. Протягом якого часу триває напад болю під час стенокардії?
A. До 30 хв
B. До 15 хв
C. До 45 хв
D. До 1 год
E. До 2 год.
27. Яке обстеження належить до суб'єктивного методу?
A. Розпитування пацієнта
B. Огляд пацієнта
C. Вимірювання температури тіла
D. Результати лабораторних досліджень

Е. Результати інструментальних обстежень.

28. Яка характерна іррадіація болю під час нападу стенокардії?

- А. У праву руку, праве плече, праву лопатку
- В. У ліву руку, ліве плече, ліву лопатку
- С. У праве підребер'я, праве плече
- Д. У ліву ногу, у зовнішні статеві органи
- Е. У ліве підребер'я, у ліву поперекову ділянку.

29. Добовий діурез пацієнта становить 3 л на добу. Якому симптому відповідає характер сечовиділення?

- А. Поліурії
- В. Ніктурії
- С. Олігурії
- Д. Ішурії
- Е. Піурії.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

для КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. У хворого на пневмонію, 28 років, виражений продуктивний кашель, слабкість, пітливість, підвищена стомлюваність, погіршення апетиту. Головними скаргами є:

- А. Слабкість, погіршення апетиту
- В. Підвищена стомлюваність
- С. Погіршення апетиту
- Д. Пітливість, слабкість
- Е. Продуктивний кашель, слабкість.

2. Пацієнту К., 43 років, встановлено діагноз пневмонії. Який із перелічених симптомів найхарактерніший для цього захворювання?

- А. Сухий кашель
- В. Кашель із виділенням іржавого мокротиння
- С. Субфебрильна температура тіла
- Д. Напад задухи
- Е. Експіраторна задишка.

3. У пацієнта Н., 60 років, який перебуває на лікуванні в кардіологічному відділенні, напади болю за грудниною стали тяжчими і тривалішими. Які клінічні ознаки допоможуть відрізнити інфаркт міокарда від стенокардії?

А. Біль інтенсивний, наростаючий, тривалий (більше ніж 30 хв) і не зникає після вживання нітрогліцерину

В. Біль за грудниною тривалістю до 5–6 хв, зникає після вживання нітрогліцерину

С. Інтенсивний біль протягом 10 хв, що виникає після емоційного перенапруження

Д. Біль за грудниною, що виникає під час звичайної ходьби і припиняється у стані спокою

Е. Біль, що виникає під час сну і припиняється у положенні сидячи з опущеними ногами.

4. Хворий із сухим плевритом скаржиться на підвищення температури тіла, сухий кашель, біль у грудній клітці під час дихання, загальну слабкість, погіршення апетиту. Яка головна скарга?

А. Підвищення температури тіла

В. Біль у грудній клітці під час дихання

С. Сухий кашель

Д. Загальна слабкість

Е. Погіршення апетиту.

5. Хворого турбує кашель з виділенням гнійного харкотиння з неприсним запахом до 200 мл за добу. Виділення посилюється у положенні хворого на лівому боці. Для якого захворювання це характерно?

А. Хронічного бронхіту

В. Пневмококіозу

С. Бронхоектатичної хвороби

Д. Туберкульозу легень

Е. Пневмонії.

6. Хворий із діагнозом ІХС, стенокардії напруженості скаржиться на біль у ділянці серця. Який найтипівіший характер болю притаманний нападу стенокардії?

А. Інтенсивний стисний з іррадіацією у ліве плече

В. Ниючий середньої інтенсивності

С. Колючий за грудниною

Д. Ниючий з іррадіацією у ліве плече

Е. Ниючий з іррадіацією у праве плече.

7. Пацієнта, 32 років, турбує ниючий, “голодний” біль у надчерев’ї, відрижка кислим, печія, схильність до закріпів. Яке захворювання характеризує цей симптомокомплекс?

- A. Виразкову хворобу шлунка
 B. Хронічний коліт
 C. Виразкову хворобу дванадцятипалої кишки
 D. Хронічний холецистит
 E. Хронічний панкреатит.
8. У пацієнта, 45 років, раптово виник стисний біль за грудниною, який триває 15 хв з іррадіацією під ліву лопатку. Який найімовірніший діагноз можна запідозрити?
 A. Гострий гастрит
 B. Стенокардія
 C. Інфаркт міокарда
 D. Пневмонія
 E. Гіпертонічний криз.
9. У пацієнта А., 54 років, який лікується у пульмонологічному відділенні, виділяється мокротиння повним ротом. Для якого захворювання це характерно?
 A. Туберкульозу легень
 B. Бронхіальної астми
 C. Пневмонії
 D. Абсцесу легень
 E. Раку легень.
10. У пацієнта виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Назвіть основну скаргу пацієнта:
 A. Голодний, нічний біль у надчеревії
 B. Закреп
 C. Метеоризм
 D. Пронос
 E. Серцебиття.
11. Хворий, 41 року, занедужав раптово, після переохолодження з'явився кашель із мокротинням, біль у грудній клітці праворуч, слабкість, підвищення температури тіла до 39 °С, погіршення апетиту, підвищена втомлюваність, пітливість. Діагностовано правобічну плевропневмонію. Виділіть головні скарги:
 A. Кашель із харкотинням, біль у грудній клітці праворуч
 B. Слабкість, кашель із харкотинням
 C. Пітливість, біль у грудній клітці
 D. Підвищена втомлюваність
 E. Погіршення апетиту, слабкість, підвищена втомлюваність.
12. Пацієнт, 50 років, 8 років хворіє на бронхіальну астму. Скаржитесь на напади ядухи з експіраторною задишкою, які повторюються 2 рази на добу, біль голови, біль у грудній клітці, пітливість, швидку втомлюваність. Виділіть другорядну скаргу:
 A. Напади ядухи
 B. Експіраторна задишка
 C. Біль голови
 D. Біль у грудній клітці
 E. Швидка втомлюваність.
13. Під час вивчення додаткових скарг у хворого, 39 років, виявлено скарги на безсоння, погіршення пам'яті, біль голови. Яка система залучена до патологічного процесу?
 A. Дихальна
 B. Нервова
 C. Серцево-судинна
 D. Травна
 E. Сечова.
14. У хворого, 20 років, через 3 тиж. після перенесеної ангіни з'явилися набряки на обличчі, біль у поперековій ділянці з обох боків. Виявлено зміни сечового осаду. За захворювання органів якої системи можна запідозрити?
 A. Нервової
 B. Дихальної
 C. Серцево-судинної
 D. Сечової
 E. Травної.
15. Пацієнт, 53 років, скаржиться на біль голови, біль у серці. Упродовж 10 років хворіє на гіпертонічну хворобу. Відзначає обтяжену спадковість (батько й дід по лінії батька хворіли на гіпертонічну хворобу). Якому розділу анамнезу відповідає тип успадкування захворювання й родовід?
 A. Анамнезу життя
 B. Скаргам хворого
 C. Опитуванню за системами
 D. Анамнезу хвороби
 E. Деталізації скарг.
16. Пацієнт, 73 років, протягом 10 років хворіє на ішемічну хворобу серця, скаржиться на біль у ділянці серця, задишку. Якого характеру задишка є характерною для захворювань серця?
 A. Експіраторна
 B. Інспіраторна
 C. Змішана

- D. Задишка напруженості
E. Нападоподібна.
17. Пацієнт, 48 років, хворіє на цукровий діабет, скаржиться на свербіж шкіри, сухість у роті, підвищення апетиту, поліурію, різку слабкість. Назвіть другорядну скаргу хворого:
A. Свербіж шкіри
B. Сухість у роті
C. Підвищення апетиту
D. Слабкість
E. Поліурія.
18. Пацієнт, 48 років, хворіє на гемофілію. Відзначає обтяжену спадковість (у батька гемофілія). Назвіть тип успадкування захворювання:
A. Успадкування, зчеплене із статевую хромосомою
B. Аутомно-рецесивне успадкування
C. Аутомно-домінантне успадкування
D. Генні мутації
E. Полігенний тип успадкування.
19. Під час розпитування пацієнта зі спадковими хворобами для уточнення ролі спадковості у формуванні патології, який використовують метод?
A. Генеалогічний
B. Суб'єктивний
C. Об'єктивний
D. Суб'єктивний і об'єктивний
E. Немає спеціального методу.
20. У пацієнта, 64 років, після інтенсивного емоційного стресу з'явилися сильний біль у ділянці серця, різка слабкість, нудота, задишка, відчуття тривоги. Діагностовано гострий інфаркт міокарда. Назвіть головну скаргу хворого:
A. Біль у ділянці серця
B. Нудота
C. Задишка
D. Слабкість
E. Відчуття тривоги.

Тестові завдання до теми 4

Роль огляду хворого в оцінюванні загального стану пацієнта

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
ДЛЯ КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

- E. Ожиріння.
1. Як називається положення пацієнта в ліжку, під час якого він самостійно не спроможний змінити своє положення?
A. Пасивне
B. Активне
C. Пасивне вимушене
D. Вимушене
E. Пасивно-активне.
2. Набряки під час серцевої недостатності з'являються передусім:
A. На обличчі
B. На ступнях, гомілкях
C. У ділянці серця
D. У черевній порожнині
E. У плевральній порожнині.
3. Симптом екзофтальму характерний для:
A. Гіпертонічної хвороби
B. Дифузного токсичного зоба
C. Мікседеми
D. Кон'юнктивіту
E. Як називається положення, під час якого хворий самостійно не спроможний повернутися, підвести голову, підняти руки, ноги?
A. Пасивне
B. Активне
C. Вимушено-пасивне
D. Вимушено-активне
E. Вимушене.
4. У ділянці ліктів та п'ят стійка гіперемія, що не зникає після припинення тиснення, шкіра не ушкоджена. Як оцінити таке явище?
A. Пролежні I ступеня
B. Ризик виникнення пролежнів
C. Пролежні IV ступеня
D. Пролежні II ступеня
E. Пролежні III ступеня.
5. Дистрофічні, виразково-некротичні зміни шкіри, підшкірної жирової клітковини і навіть окістя та кістки, які розвиваються внаслідок порушення місцевого кровотоку та кровопостачання, — це:

- A. Інфільтрат
B. Екзема
C. Бешиха
D. Гематома
E. Пролежні.
7. Хворий у коматозному стані. Яке положення в ліжку він може займати?
A. Пасивне
B. Активне
C. Вимушене
D. На правому боці
E. На лівому боці.
8. У хворого на шкірі грудної клітки є судинні зірочки. Це характерно для:
A. Хронічного гастриту
B. Панкреатиту
C. Цирозу печінки
D. Апендициту
E. Холециститу.
9. Хворий із лівобічним ексудативним плевритом лежить:
A. На лівому боці
B. На правому боці
C. На спині
D. На животі
E. Напівсидячи.
10. Хворий займає вимушене положення — колінно-ліктьове. Це властиве:
A. Нападу бронхіальної астми
B. Виразковій хворобі шлунка
C. Нападу ниркової кольки
D. Нападу серцевої астми
E. Холециститу.
11. Хворий лежить у ліжку з далеко відкинутою назад головою і з притягненими до живота ногами. Це є ознакою:
A. Травми черепа
B. Апендициту
C. Менінгіту
D. Холециститу
E. Виразкової хвороби.
12. Хворий сидить у ліжку, спираючись руками на його край, ноги опущені. Це характерно для:
A. Нападу бронхіальної астми
B. Серцевої недостатності
C. Виразкової хвороби шлунка
D. Холециститу
E. Апендициту.
13. Хворий сидить у ліжку з опущеними ногами, відкинувшись спиною на подушку. Для якого захворювання характерний цей симптом?
A. Нападу бронхіальної астми
B. Серцевої недостатності
C. Нападу стенокардії
D. Апендициту
E. Холециститу.
14. Хворий погано орієнтується, на питання відповідає повільно. Цей стан характерний для:
A. Ступору
B. Сопору
C. Коми
D. Колапсу
E. Непритомності.
15. Хворий непритомний, на питання не відповідає, рефлекси не визначаються. Цей стан характерний для:
A. Ступору
B. Сопору
C. Коми
D. Колапсу
E. Непритомності.
16. У хворого горда постава, живіт збільшений. Яким станам це властиве?
A. Асциту
B. Метеоризму
C. Перитоніту
D. Апендициту
E. Холециститу.
17. У хворого бронзове забарвлення шкіри на відкритих ділянках тіла. Це є ознакою:
A. Синдрому Іценка—Кушінга
B. Хвороби Аддісона—Бірмера
C. Цирозу печінки
D. Тиротоксикозу
E. Цукрового діабету.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. У хворого Я., 72 років, свербіж шкіри, кровоточивість, жовтяниця, збільшений живіт. Під час обстеження виявлено: судинні

- зірочки на шкірі, еритему долонь, ксантоми, асцит. Для якого захворювання це характерно?
- Цироз печінки
 - Панкреатиту
 - Хронічного гепатиту
 - Виразкової хвороби
 - Жовчнокам'яної хвороби.
2. У хворого набрякле обличчя з товстими губами, звужені очні щілини, широке перенісся, коротка товста шия, суха, холодна на дотик шкіра, підшкірна жирова клітковина набрякла. Про яке захворювання свідчать ці ознаки?
- Набряк Квінке
 - Мікседему
 - Хронічний гломерулонефрит
 - Емфізему легень
 - Цукровий діабет.
3. У хворого з інфарктом міокарда обличчя раптово набуло сіро-зеленого кольору із синюшним відтінком, з'явилася інтенсивна задишка; дихання поверхневе, 28—30 за 1 хв, АТ 70/30 мм рт. ст., зіниці помірно звужені, мляво реагують на світло. Як Ви оцінюєте стан такого хворого?
- Середньої тяжкості
 - Тяжкий
 - Дуже тяжкий
 - Агональний
 - Клінічна смерть.
4. Хворий непритомний, рефлекси відсутні. Дихання глибоке типу Курсмауля. Шкіра суха, холодна, тургор знижений. Очні яблука м'які. У видихуваному повітрі відчувається запах ацетону. Діагностичне припущення:
- Апоплексична кома
 - Кетонемічна кома
 - Гіпоглікемічна кома
 - Уремічна кома
 - Печінкова кома.
5. Хвора збуджена, мова швидка, активна жестикуляція. Очі блискучі, екзофтальм, тремор рук. Діагностичне припущення:
- Тиротоксикоз
 - Мікседема
 - Синдром Марфана
 - Синдром Іценка—Кушінга
 - Синдром Дауна.
6. Хворий виснажений. Шкіра сіруватого відтінку, губи і язик яскраві. Кінцівки тонкі, гомілки пастозні. На шкірі грудної клітки судинні зірочки. Живіт збільшений, видно сітку розширених підшкірних вен черевної стінки. Діагностичне припущення:
- Рак печінки
 - Холецистит
 - Цироз печінки
 - Гепатит
 - Панкреатит.
7. Хворий високий на зріст, кисті рук, стопи надмірно великі. Діагностичне припущення:
- Синдром Марфана
 - Синдром Дауна
 - Синдром Іценка—Кушінга
 - Акромегалія
 - Мікседема.
8. У хворого вимушене положення сидячи. Шкіра ціанотична. Дихання часте. Нігті нагадують годинникове скельце, пальці — барабанні палички. Діагностичне припущення:
- Недостатність кровообігу на тлі хронічних захворювань легенів або серця
 - Захворювання крові
 - Захворювання серця
 - Захворювання нирок
 - Захворювання органів травлення.
9. Хворий непритомний, рефлекси відсутні. Шкіра, склери, слизові оболонки жовтого забарвлення. Діагностичне припущення:
- Уремічна кома
 - Апоплексична кома
 - Печінкова кома
 - Алкогольна кома
 - Кетонемічна кома.
10. Хворий блідий, визначається пульсація сонних артерій, симптом Мюссе, пульсація скроневих, підключичних артерій. Діагностичне припущення:
- Стеноз устя аорти
 - Анемія
 - Серцева недостатність
 - Атеросклероз
 - Недостатність клапана аорти.

11. Хворий, 16 років, скаржиться на біль у суглобах, гарячку до 38 °С, колінні, ліктьові суглоби набрякли, шкіра над ними гіперемована; болючість під час пальпації. **Діагностичне припущення:**
- A. Ревматичний поліартрит
 - B. Ревматоїдний поліартрит
 - C. Остеоартрит
 - D. Подагричний артрит
 - E. Туберкульозний артрит.
12. Хворий непритомний, реакції на зовнішні подразники і реакція зиниць на світло відсутні. **Діагностичне припущення:**
- A. Кома
 - B. Непритомність
 - C. Колапс
 - D. Ступор
 - E. Сопор.
13. Хворий погано орієнтується у просторі, на питання відповідає із запізненням. **Діагностичне припущення:**
- A. Кома
 - B. Сопор
 - C. Ступор
 - D. Колапс
 - E. Непритомність.
14. Хворого турбує кашель з виділенням гнійного харкотиння до 150—200 мл за добу з неприємним запахом. Виділення посилюються у положенні хворого на правому боці. Пальці мають вигляд барабаних пальчик, нігті — годинникових скелець. **Для якого захворювання це характерно?**
- A. Бронхоектатичної хвороби
 - B. Туберкульозу легенів
 - C. Пневмонії
 - D. Хронічного бронхіту
 - E. Пневмокониозу.
15. Хворого М., 23 років, госпіталізовано у пульмонологічне відділення з діагнозом сухого плевриту. Для зменшення болю в грудній клітці він набуватиме положення в ліжку:
- A. Лежачи на хворому боці
 - B. Напівсидячи
 - C. Лежачи на животі
 - D. Лежачи на спині
 - E. Лежачи на здоровому боці.
16. У пацієнта в ділянці лопаток, хребта, ліктів, п'яток виявлено поверхнєве (неглибоке) порушення цілості шкіри з поширенням на підшкірну жирову клітковину. **Стойка гіперемія, відшарування епідермісу. Як характеризувати стан пацієнта?**
- A. Пролежні II ступеня
 - B. Ризик розвитку пролежнів
 - C. Пролежні I ступеня
 - D. Пролежні III ступеня
 - E. Пролежні IV ступеня.
17. Пацієнтка Н., 35 років, під час нападу бронхіальної астми набуває положення, яке полегшує її стан: сидить, спираючись руками на край ліжка. **Як називається таке положення хворого?**
- A. Вимушене
 - B. Активне
 - C. Пасивне
 - D. Пасивно-вимушене
 - E. Ортопноє.
18. У пацієнта з бронхіальною астмою виникла експіраторна задишка. **Якого положення набуде хворий для поліпшення свого стану:**
- A. Напівсидячи
 - B. Горизонтальне
 - C. З опущеним головним кінцем ліжка
 - D. Положення на правому боці
 - E. Положення на лівому боці.
19. У пацієнта бронхоектатична хвороба з ураженням лівої легені. **Непокоїть кашель з великою кількістю мокротиння. Проводячи постуральний дренаж, пацієнта вкладають:**
- A. На правий бік
 - B. На лівий бік
 - C. На спину
 - D. На живіт
 - E. У положення сидячи.
20. У тяжкохворого блювання. **Яке положення надати йому в ліжку?**
- A. Лежачи на спині, повернути голову на бік
 - B. Лежачи на спині з відкинutoю назад головою
 - C. Напівсидячи зі спиранням на руки
 - D. На животі
 - E. На правому боці.

Тестові завдання до теми 5
Температура тіла. Правила вимірювання та реєстрації.
Догляд за хворими з гарячкою

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
 ДЛЯ КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. Які інтервали має шкала медичного термометра?
 - A. 34—42 °C
 - B. 32—39 °C
 - C. 33—40 °C
 - D. 34—40 °C
 - E. 30—40 °C.
2. Яке значення поділки між градусами у термометрах?
 - A. 0,3
 - B. 0,1
 - C. 0,4
 - D. 0,2
 - E. 0,5.
3. Яка температура тіла у ротовій порожнині в нормі?
 - A. 36,5—36,8 °C
 - B. 37—38 °C
 - C. 37,1—37,3 °C
 - D. 37,5—37,8 °C
 - E. 37,8—37,9 °C.
4. Яка температура тіла у прямій кишці та вагіні в нормі:
 - A. 37,3—37,5 °C
 - B. 36,5—36,7 °C
 - C. 37,7—37,9 °C
 - D. 36,8—37,0 °C
 - E. 37,8—37,9 °C.
5. Підвищення температури тіла називається:
 - A. Гіпертермія
 - B. Гіпотензія
 - C. Гіпертензія
 - D. Аритмія
 - E. Поліурія.
6. Яка температура властива субфебрильній?
 - A. 35,5—36 °C
 - B. 38,5—39 °C
 - C. 39,5—40 °C
 - D. 37—38 °C
 - E. Понад 40 °C.
7. Яка температура тіла є високою?
 - A. 39—41 °C
 - B. 38—39 °C
 - C. 39—40 °C
 - D. 37—39 °C
 - E. 39—42 °C.
8. Які значення температури тіла властиві надвисокій?
 - A. 38—39 °C
 - B. 41—42 °C
 - C. 39—40 °C
 - D. 40—41 °C
 - E. 42—43 °C.
9. Помірна гарячка характеризується температурою тіла:
 - A. 36—37 °C
 - B. 37—38 °C
 - C. 39—40 °C
 - D. 34—36 °C
 - E. 38—39 °C.
10. Вкажіть, з якого температурного показника розпочинається гарячка?
 - A. 38 °C
 - B. 37 °C
 - C. 39 °C
 - D. 40 °C
 - E. 41 °C.
11. За якої температури найчастіше може настати непритомність?
 - A. 39—41 °C
 - B. 41—42 °C
 - C. 38—39 °C
 - D. 37—38 °C
 - E. 36—37 °C.
12. Яку температуру тіла вважають летальною?
 - A. Нижче 30 °C
 - B. Нижче 36 °C
 - C. Нижче 35 °C
 - D. Нижче 28 °C
 - E. Нижче 33 °C.
13. Скільки стадій у розвитку гарячки?
 - A. 2
 - B. 1
 - C. 3

- D. 4
E. 5.
- 14. Основна ознака першого періоду гарячки:**
A. Озноб
B. Спрага
C. Потовиділення
D. Судоми
E. Непритомність.
- 15. Стадію підвищення температури тіла найчастіше супроводжують:**
A. Озноб, ниючий біль в усьому тілі
B. Відчуття жару, сухість у роті
C. Сильний біль голови, марення
D. Зниження АТ, слабкий пульс
E. Загальна слабкість, збудження, неспокій.
- 16. Хворому в перший період гарячки найдоцільніше надати допомогу:**
A. Холодні водно-оцтові компреси на голову, дати жарознижувальні
B. Добре вкрити, покласти міхур з льодом на голову, дати гарячий чай
C. Протирати шкіру розчином оцту, дати багато пити
D. Холодний компрес на лоб, обтирати сухим рушником, дати гарячий чай
E. Добре вкрити, прикласти грілку до ніг, напоїти гарячим чаєм.
- 17. В якій стадії гарячки спостерігають марення, галюцинації?**
A. Підвищення температури тіла
B. Збереження температури тіла на високому рівні
C. Критичного зниження температури тіла
D. Літичного зниження температури тіла
E. Збереження температури тіла на субфебрильному рівні.
- 18. У разі критичного зниження температури тіла може виникнути ускладнення:**
A. Анафілактичний шок
B. Колапс
C. Судоми
D. Блювання
E. Підвищення АТ.
- 19. Під час догляду за пацієнтом у перший період гарячки необхідно:**
A. Часто переминювати натільну і постільну білизну
B. Покласти міхур з льодом на голову
C. Давати прохолодні напої
D. Тепло вкрити, покласти грілки до ніг
E. Організувати індивідуальний пост медичної сестри.
- 20. Догляд за пацієнтом у разі критичного зниження температури тіла:**
A. Давати жарознижувальні препарати за призначенням
B. Провітрювати приміщення не допускаючи протягів
C. Покласти міхур з льодом на голову
D. До нижніх кінцівок класти теплі грілки
E. Регулярно стежити за температурою тіла, пульсом, диханням та АТ.
- 21. Гарячка повторного типу характерна для:**
A. Поворотного тифу
B. Сепсису
C. Туберкульозу
D. Бруцельозу
E. Малярії.
- 22. Гарячка переміжного типу характерна для:**
A. Малярії
B. Крупозної пневмонії
C. Абсцесу легенів
D. Бруцельозу
E. Туберкульозу.
- 23. Що таке гарячка поворотного типу?**
A. Чергування кількадечних періодів без гарячки з періодами гарячки
B. Ранкова температура тіла вища за вечірню
C. Поступове підвищення температури тіла протягом певного терміну з наступним її літичним зниженням
D. Максимум підвищення температури тіла спостерігають уранці, а ввечері вона знижується до нормальної або субфебрильної
E. Добові коливання різноманітні, різної тривалості.
- 24. Що таке гарячка гектичного типу?**
A. Добові коливання не перевищують 1—2 °С різної тривалості

В. Спостерігають раптове підвищення температури тіла до 39–40 °С і вище, триває декілька днів, потім раптово знижується до норми

С. Характеризується дуже великими — до 3 °С і більше — коливаннями температури тіла з різким зниженням до норми чи й нижче

Д. Ранкова температура вища від вечірньої

Е. Раптове підвищення температури тіла до 39–40 °С та швидке зниження до норми.

Д. Спотворена

Е. Постійна.

5. Медична сестра відзначила у пацієнта в III період гарячки критичне зниження температури тіла. З боку якої системи передусім може виникнути ускладнення?

А. Серцево-судинної

В. Дихальної

С. Центральної нервової

Д. Травної

Е. Опорно-рухового апарату.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. У пацієнта хірургічного відділення температура тіла 40,6 °С, він збуджений, марить, на щоках рум'янець. Яку назву носить температура тіла 40,6 °С?

А. Гіперпіретична

В. Нормальна

С. Субфебрильна

Д. Фебрильна

Е. Піретична.

2. У хворого на туберкульоз ранкова температура тіла вища від вечірньої. Назвіть тип гарячки:

А. Неправильна

В. Спотворена

С. Поворотна

Д. Послаблювальна

Е. Переміжна.

3. Хворий перебуває на лікуванні з діагнозом “грип”. Добові коливання температури тіла різні, різної тривалості. Назвіть тип гарячки:

А. Поворотна

В. Переміжна

С. Неправильна

Д. Послаблювальна

Е. Гектична.

4. Пацієнт Д. перебуває на лікуванні в інфекційному відділенні з діагнозом “малярія”. У нього раптово підвищується температура тіла до 42 °С і швидко знижується до нормальної із повторенням через 1–2 дні. Назвіть тип гарячки:

А. Переміжна

В. Гектична

С. Хвилеподібна

6. У пацієнтки I період гарячки. У плані медсестринських втручань повинно бути:

А. Введення жарознижувальних засобів та вимірювання температури тіла

В. Дотримання постільного режиму, зігрівання пацієнта, спостереження за ним

С. Міхур з льодом, прохолодне питво, вимірювання температури тіла

Д. Введення кофеїну, спостереження за АТ

Е. Спостереження за хворою, повідомити лікаря про її стан.

7. У пацієнта I період гарячки. У нього озноб, слабкість, біль голови. Який елемент догляду необхідно здійснити передусім?

А. Холодні примочки на голову

В. Обтерти тіло холодною водою

С. Зігріти пацієнта

Д. Обмити тіло теплою водою

Е. Покласти міхур з льодом на голову.

8. У пацієнта, який перебуває у стаціонарі із запаленням легенів, критичне зниження температури супроводжується ознаками колапсу. У чому полягає долікарська допомога хворому?

А. Дати зволожений кисень, зробити обтирання оцтом

В. Підняти головний кінець ліжка, покласти міхур з льодом на потилицю

С. Надати положення Сімса, покласти грілку до ніг

Д. Надати положення Фаулера, прикласти холодний компрес на лоб

Е. Надати горизонтальне положення, припідняти ноги, обкласти грілками, напоїти гарячим чаєм.

9. Пацієнт, 22 років, перебуває на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні з приводу сепсису. Фіксує температуру

- тіла в температурному листку, медсестра помітила, що протягом 4 днів у пацієнта різниця між ранковою та вечірньою температурою тіла становить 4°C . Така гарячка називається:
- Гектична
 - Хвилеподібна
 - Послаблювальна
 - Переміжна
 - Вікова.
10. У пацієнтки К., 42 років, температура тіла підвищилася до $40,2^{\circ}\text{C}$. Вона збуджена, скаржиться на сильний біль голови, загальну слабкість, неспокій, марення. Виберіть елемент догляду за пацієнткою:
- Встановити індивідуальний сестринський пост
 - Застосувати грілку
 - Застосувати банки
 - Застосувати п'явки
 - Застосувати зігрівальний компрес.
11. Добові коливання температури тіла пацієнта становлять 3°C з поверненням до норми. Назвіть тип цієї гарячки:
- Поворотна
 - Послаблювальна
 - Спотворена
 - Виснажувальна
 - Переміжна.
12. У пацієнтки з гострим бронхітом підвищена температура тіла, що коливається в межах 1°C протягом доби. Який тип гарячки у пацієнтки?
- Поворотна
 - Гектична
 - Постійна
 - Ремітивна
 - Хвилеподібна.
13. У пацієнта, який хворіє на грип, температура тіла знизилася з $39,2^{\circ}\text{C}$ до $36,3^{\circ}\text{C}$ протягом 2 год. Яка система потерпає першою у разі критичного зниження температури тіла?
- Сечова
 - Травна
 - Ендокринна
 - Нервова
 - Серцево-судинна.
14. У пацієнтки А., 42 років, протягом 4 діб нездужання, температура тіла 39°C . На 5-й день з'явилася загальна слабкість, значне потовиділення, пульс ниткоподібний, температура тіла $35,8^{\circ}\text{C}$. Визначте, який це період гарячки:
- Критичне зниження температури тіла
 - Підвищення температури тіла
 - Літичне зниження температури тіла
 - Фебрильна температура тіла
 - Гектична температура тіла.
15. Пацієнта С., 35 років, доставлено у інфекційну лікарню зі скаргами на відчуття жару, біль голови, спрагу. Шкіра суха, червона, гаряча на дотик. Температура тіла $39,6^{\circ}\text{C}$, пульс 98 за хвилину. Назвіть тип гарячки:
- Помірна
 - Висока
 - Надвисока
 - Субфебрильна
 - Постійна.
16. Хворий, 27 років, скаржиться на відчуття холоду, озноб, ломоту в усьому тілі, біль голови, температура тіла — $37,7^{\circ}\text{C}$. Що необхідно зробити для поліпшення стану хворого?
- Дати жарознижувальні
 - Покласти на голову міхур з льодом
 - Зігріти, дати гарячого чаю
 - Порекомендувати прийняти гарячу ванну
 - Покласти зігрівальний компрес.
17. Із перелічених заходів виберіть ті, які необхідні під час догляду за пацієнтом у II період гарячки:
- Стежити за станом центральної нервової системи
 - Стежити за частотою пульсу, дихання
 - Дати велику кількість питва
 - Стежити за показниками АТ.
18. У пацієнта на 6-й день хвороби різко знизилася температура тіла. Якого ускладнення потрібно остерігатися?
- Гострої судинної недостатності
 - Задишки
 - Гострої серцевої недостатності
 - Марення
 - Болю голови.

Тестові завдання до теми 6

Визначення основних показників гемодинаміки та дихання

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
ДЛЯ КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. **Що таке артеріальний тиск?**
 - A. Тиск крові на стінки артерій
 - B. Тиск крові на стінки судин та порожнин серця
 - C. Тиск крові на стінки венул
 - D. Тиск крові на стінки капілярів
 - E. Тиск крові на стінки яремної вени.
2. **Нормальні показники артеріального тиску (мм рт. ст.):**
 - A. 145/95—150/95
 - B. 140/90—160/100
 - C. 90/50—100/60
 - D. 90/50—150/100
 - E. 100/60—149/89.
3. **Які нормальні показники діастолічного артеріального тиску?**
 - A. 60—80 мм рт. ст.
 - B. 40—60 мм рт. ст.
 - C. 50—60 мм рт. ст.
 - D. 60—89 мм рт. ст.
 - E. 70—100 мм рт. ст.
4. **Які нормальні показники систолічного артеріального тиску?**
 - A. 120—149 мм рт. ст.
 - B. 110—139 мм рт. ст.
 - C. 100—139 мм рт. ст.
 - D. 130—150 мм рт. ст.
 - E. 100—150 мм рт. ст.
5. **Артеріальна гіпертензія — це артеріальний тиск, що перевищує:**
 - A. 140/90 мм рт. ст.
 - B. 100/50 мм рт. ст.
 - C. 110/60 мм рт. ст.
 - D. 120/70 мм рт. ст.
 - E. 130/80 мм рт. ст.
6. **Нормальна частота пульсу в дорослої людини:**
 - A. 60—80 за 1 хв
 - B. 90 за 1 хв
 - C. 50 за 1 хв
 - D. 100 за 1 хв
 - E. 120—140 за 1 хв.
7. **Де фіксують показники пульсу стаціонарним хворим?**
 - A. В амбулаторній карті
 - B. У температурному листку
 - C. В історії хвороби
 - D. У листку призначень
 - E. У статистичному талоні.
8. **У разі підвищення температури тіла на 1 °C пульс пришвидшується на:**
 - A. 6—8 за 1 хв
 - B. 2—4 за 1 хв
 - C. 8—10 за 1 хв
 - D. 10—12 за 1 хв
 - E. 12—14 за 1 хв.
9. **Яким методом вимірюють АТ?**
 - A. Короткова
 - B. Боткіна
 - C. Амбурже
 - D. Нечипоренка
 - E. Цуверкалова.
10. **Різниця між показниками систолічного і діастолічного тиску — це:**
 - A. Пульсовий тиск
 - B. Венозний тиск
 - C. Максимальний тиск
 - D. Мінімальний тиск
 - E. Артеріальний тиск.
11. **Характеристиками ниткоподібного пульсу є:**
 - A. Частий малий
 - B. Повільний
 - C. Напружений
 - D. Високий
 - E. Усе перелічене вірно.
12. **Дефіцитом пульсу називають:**
 - A. Різницю між частотою пульсу та частотою серцевих скорочень
 - B. Суму частоти серцевих скорочень та частоти пульсу
 - C. Різницю між частотою пульсу та частотою дихання
 - D. Суму частоти пульсу та частоти дихання
 - E. Різницю між частотою серцевих скорочень та частотою пульсу.
13. **Що таке брадикардія?**

- А. Зменшення частоти серцевих скорочень менше 80 за 1 хв
В. Зменшення частоти серцевих скорочень менше 70 за 1 хв
С. Зменшення частоти серцевих скорочень менше 60 за 1 хв
D. Зменшення частоти серцевих скорочень менше 50 за 1 хв
E. Зменшення частоти серцевих скорочень менше 90 за 1 хв.
14. Вкажіть, як змінюється частота пульсу пацієнта у разі підвищення температури тіла на 1,5 °C:
А. Збільшиться на 8—10 за 1 хв
В. Збільшиться на 12—15 за 1 хв
С. Збільшиться на 16—20 за 1 хв
D. Зменшиться на 12—15 за 1 хв
E. Зменшиться на 8—10 за 1 хв.
15. Нормальна частота дихання дорослої людини в стані спокою відповідає таким показникам:
А. 16—20 за 1 хв
В. 20—24 за 1 хв
С. 24—28 за 1 хв
D. 28—32 за 1 хв
E. 32—36 за 1 хв.
16. Рідке і глибоке дихання, що супроводжується звучним шумним вдихом і посиленим видихом із наступною паузою, — це:
А. Ядуха
В. Дихання Біота
С. Дихання Куссмауля
D. Інспіраторна задишка
E. Дихання Чейна—Стокса.
17. Дихання, що характеризується хвилеподібним збільшенням і зменшенням амплітуди дихання з паузами між хвилями тривалістю 40—50 с, — це:
А. Куссмауля
В. Біота
С. Черевне
D. Чейна—Стокса
E. Змішане.
18. Назвіть патологічний тип дихання:
А. Черевний
В. Грудний
С. Змішаний
D. Тахіпноє
E. Куссмауля.
19. Для патологічного типу дихання Куссмауля характерно:
А. Звучний, шумний вдих, посилений видих, після чого настає пауза
В. Вдих утруднений, дихання глибоке і уповільнене
С. Ядуха має характер нападу
D. Вдих короткий, а видих утруднений і тривалий
E. Дихання рівномірне за глибиною із періодичним виникненням тривалих пауз (до 50 с).
20. Унаслідок порушення діяльності дихального центру виникає:
А. Інспіраторна задишка
В. Дихання Чейна—Стокса
С. Експіраторна задишка
D. Тахіпноє, задишка
E. Змішана задишка.
21. Якій патології характерне дихання Чейна—Стокса?
А. Розладам мозкового кровообігу
В. Набряку легенів
С. Інфаркту міокарда
D. Бронхіальній астмі
E. Бронхіту.
22. Дихання рівномірне за глибиною, дихання з періодичним виникненням тривалих пауз (від декількох секунд до півхвилини) — це:
А. Біота
В. Змішане
С. Чейна—Стокса
D. Куссмауля
E. Грудне.
23. Дихання Біота характерне для:
А. Серцевої астми
В. Агонального стану
С. Бронхіальної астми
D. Гіпертонічного кризу
E. Діабетичної коми.
24. У разі зменшення вмісту кисню і накопичення вуглекислоти в крові виникає:
А. Кашель
В. Задишка
С. Підвищення температури тіла
D. Кровохаркання
E. Дихання Куссмауля.

25. **Порушення ритму, частоти та глибини дихання — це:**
- Астма
 - Ядуха
 - Задишка
 - Колапс
 - Тахікардія.
26. **Інспіраторна задишка — це:**
- Під час якої утруднений вдих
 - Під час якої утруднений видих
 - Під час якої утруднений видих та вдих
 - Під час якої частота дихання становить до 100 за 1 хв
 - Під час якої частота дихання становить 3—5 за 1 хв.
27. **Різко виражена задишка — це:**
- Ядуха
 - Тахіпное
 - Брадипное
 - Апноє
 - Брадикардія.
- ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ
1. **Пацієнтку Ю., 43 років, яка перебуває на лікуванні у кардіологічному відділенні, турбують напади прискореного серцебиття. Лікар призначив контролювати артеріальний пульс. На якій артерії найчастіше визначають пульс?**
- Променевій
 - Скроневій
 - Ліктьовій
 - Стегновій
 - Сонній.
2. **За призначенням лікаря медична сестра визначила артеріальний тиск тяжкохворому. Результати необхідно графічно зобразити у температурному листку. Вкажіть значення однієї поділки АТ (систоличного і діастолічного) у температурному листку:**
- 2 мм рт. ст
 - 5 мм рт. ст
 - 3 мм рт. ст
 - 4 мм рт. ст
 - 10 мм рт. ст.
3. **У пацієнта з хронічною серцевою недостатністю в стадії декомпенсації визначена частота серцевих скорочень 140 за 1 хв, частота пульсу 66. Назвіть медичний термін цієї патології:**
- Миготлива аритмія
 - Тахікардія
 - Брадикардія
 - Екстрасистоля
 - Дефіцит пульсу.
4. **У пацієнта з порушенням мозкового кровообігу спостерігають патологічний тип дихання. Дихання хвилеподібне, частота збільшується, потім зменшується за амплітудою і виникає пауза 40—50 с. Як називається такий тип дихання?**
- Інспіраторне
 - Біота
 - Куссмауля
 - Експіраторне
 - Чейна—Стокса.
5. **У пацієнта раптово виникла задишка з подовженим видихом. Надайте допомогу пацієнтові:**
- Накласти венозні джгути
 - Інгаляція кисню з піногасниками
 - Вкласти пацієнта горизонтально
 - Надати напівсидячого положення, застосувати кишеньковий інгалятор
 - Виконати кровопускання.
6. **Під час дослідження пульсу медсестра виявила, що він становить 90 за 1 хв. Як ви оціните такий пульс?**
- Тахікардія
 - Брадикардія
 - Гіпертензія
 - Аритмія
 - Ниткоподібний.
7. **Пацієнтові В., 45 років, лікар призначив щогодини визначати пульс і доповідати результат. Які властивості пульсу потрібно визначити?**
- Частоту, ритм, наповнення, напруження
 - Частоту, напруження, висоту
 - Ритм, висоту, швидкість, наповнення
 - Пульсові коливання, наповнення, напруження
 - Систоличний та діастолічний тиск крові.

8. Під час оцінювання функціонального стану пацієнта медсестра звернула увагу на дефіцит пульсу. Поясніть, що це:
- Різниця між пульсовим і діастолічним тиском
 - Різниця між систолічним і діастолічним тиском
 - Різниця між систолічним і пульсовим тиском
 - Різниця між частотою серцевих скорочень і частотою пульсу на променевої артерії
 - Зменшення інтервалу між окремими пульсовими хвилями.
9. У пацієнтки В., 60 років, почався напад ядухи. Вона збуджена, ловить ротом повітря, вираз обличчя страдницький. Яку допомогу треба надати пацієнтці до приходу лікаря?
- Звільнити грудну клітку від одягу
 - Надати положення напівсидячи, використовуючи пристосування функціонального ліжка
 - Усі заходи використати комплексно
 - Забезпечити максимальний приплив свіжого повітря або почати оксигенотерапію
 - Заспокоїти пацієнтку.
10. У пацієнта, 48 років, який перебуває у реанімаційному відділенні в коматозному стані, рідке (6—8 дихальних рухів за 1 хв), шумне, глибоке дихання. Визначте патологічний тип дихання:
- Чейна—Стокса
 - Біота
 - Брадипное
 - Тахіпное
 - Куссмауля.
11. В ендокринологічному відділенні перебуває пацієнт, 42 років, з приводу інсулінозалежного цукрового діабету (тяжка форма). Медична сестра, зайшовши в палату, застала пацієнта у непритомному стані, у нього шумне, рідке дихання (8 дихальних рухів за 1 хв). Який патологічний тип дихання у тяжкохворого?
- Куссмауля
 - Брадипное
 - Біота
 - Чейна—Стокса
 - Тахіпное.
12. Поганою прогностичною ознакою є зниження пульсового тиску. Про що йдеться?
- Зменшення різниці між систолічним і діастолічним тиском
 - Збільшення різниці між систолічним і діастолічним тиском
 - Збільшення різниці між частотою пульсових хвиль та частотою серцевих скорочень
 - Зменшення частоти пульсу на променевої артерії відносно частоти серцевих скорочень
 - Зменшення різниці між діастолічним та систолічним тиском.
13. Основні симптоми, характерні для захворювання легенів:
- Задишка, кашель, харкотиння
 - Задишка, набряки, ціаноз
 - Нудота, блювання, біль в епігастрії
 - Набряки, задишка, кровохаркання
 - Задишка, підвищення АТ, біль у грудній клітці.
14. Хвора Т., 58 років, що перебуває в терапевтичному відділенні, поскаржилась черговій медичній сестрі на сильний біль голови, нудоту, мерехтіння перед очима. Медсестра виміряла АТ—175/100 мм рт. ст. Які першочергові дії медичної сестри?
- Надати горизонтальне положення на спині, грілку до ніг
 - Надати положення напівсидячи, покласти гірчичник на потиличну ділянку
 - Надати горизонтальне положення на животі, міхур з льодом на потилицю
 - Надати положення напівсидячи, гірчичники на грудну клітку
 - Підняти нижню частину тулуба і кінцівки.
15. У пацієнта гостра судинна недостатність, він знепритомнів. З чого необхідно розпочати невідкладну допомогу?
- Надати положення з піднятим головним кінцем ліжка
 - Надати положення з опущеним головним кінцем ліжка
 - Накласти джгути на кінцівки
 - Зробити штучну вентиляцію легенів
 - Зробити теплу ванну.

16. У пацієнта зупинилося дихання. Яка основна ознака цього стану?
 А. Звужені зіниці
 В. Блідість шкірних покривів
 С. Відсутність дихальних рухів
 D. Вологість шкірних покривів
 E. Зниження АТ.
17. У пацієнта, 40 років, який лікується з приводу туберкульозу, з'явилася кров у харкотинні під час кашлю. Які дії медсестри?
 А. Надати положення напівсидячи, покласти міхур з льодом на грудну клітку
 В. Надати горизонтальне положення, покласти міхур з льодом на грудну клітку
 С. Посадовити пацієнта, дати зволожений кисень
 D. Надати горизонтальне положення, поставити гірчичники на грудну клітку
 E. Надати горизонтальне положення, увести знеболювальні.
18. Пацієнтка М., 64 років, лікується в ендокринологічному відділенні з приводу цукрового діабету. Вночі в неї дихання стало повільним і глибоким із шумним вдихом та посиленням видихом, після чого настає пауза. Який патологічний тип дихання у пацієнтки?
 А. Біота
 В. Експіраторна задишка
 С. Інспіраторна задишка
 D. Чейна—Стокса
 E. Куссмауля.
19. Хворий К., 18 років, після взяття крові на дослідження знепритомнів. Яке положення необхідно надати хворому?
 А. Горизонтальне з припіднятими ногами
 В. Горизонтальне з припіднятою головою
 С. На лівому боці
 D. На правому боці
 E. На спині.

Тестові завдання до теми 7

Застосування основних видів лікарських засобів

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
 ДЛЯ КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. За якої температури зберігають ліки в холодильнику?
 А. 4 °С
 В. 2 °С
 С. 2–10 °С
 D. 0 °С
 E. 5 °С.
2. Пацієнтові з набряками нижніх кінцівок і асцитом призначають сечогінні засоби. Як оцінити ефективність проведеного лікування?
 А. Контроль водного балансу
 В. Контроль нічного діурезу
 С. Аналіз сечі за Зимницьким
 D. Загальний аналіз сечі
 E. Контроль денного діурезу.
3. Показаннями до застосування банок є:
 А. Захворювання шкіри
 В. Туберкульоз легенів
 С. Рак легенів
 D. Легенева кровотеча
 E. Запальні процеси органів грудної клітки.
4. Застосування гірчичників протипоказане у разі такого патологічного стану:
 А. Туберкульоз легенів
 В. Ларинготрахеїт
 С. Гіпертонічний криз
 D. Напад стенокардії
 E. Гострий бронхіт.
5. Протипоказанням до застосування грілки є:
 А. Інфільтрат після ін'єкції
 В. Перші години після травми
 С. Хронічні захворювання органів черевної порожнини
 D. I стадія гарячки
 E. Зігрівання окремих ділянок тіла.
6. Укажіть температуру води для гірчичників:
 А. Кімнатна
 В. 36,6 °С
 С. 40 °С

- D. 34—35 °C
E. 50 °C.
7. На яку ділянку тіла накладають гірчичники пацієнтам із гіпертонічним кризом?
A. На потилицю й литкові м'язи
B. На верхню частину груднини
C. Між лопатками
D. Під лопатками
E. На крижову ділянку.
8. На який час накладають напівспиртовий зігрівальний компрес у разі ревматоїдного артрити?
A. 2 год
B. 6 год
C. 30 хв
D. 10 год
E. 14 год.
9. У разі загального охолодження, хронічних запальних процесів органів черевної порожнини, радикуліту, неврити, підшкірних інфільтратів можна застосувати:
A. Міхур із льодом
B. Примочки
C. Грілку
D. П'явки
E. Оксигенотерапію.
10. Міхур з льодом кладуть на:
A. 80 хв
B. 50 хв
C. 40 хв
D. 10 хв
E. 60 хв.
11. Яку дію не виявляє холод на організм?
A. Протизапальну
B. Зменшує приплив крові
C. Протибольову
D. Зупиняє кровотечу
E. Розсмоктувальну.
12. Показанням до використання грілки є:
A. Біль спастичного характеру
B. Гострий апендицит
C. Гострий холецистит
D. Кровотечі
E. Пухлини.
13. На який час ставляться медичні банки?
A. 30 хв
B. 1—2 год
C. Протягом ночі
D. Протягом доби
E. 15—20 хв.
14. В якому разі застосовують міхур із льодом?
A. Біль голови
B. Внутрішня кровотеча
C. Ниркова колька
D. Для розсмоктування інфільтратів
E. II стадія гарячки.
15. Температура води теплої ванни повинна бути:
A. 20—25 °C
B. 25—33 °C
C. 34—35 °C
D. 37—39 °C
E. 40—45 °C.
16. Із скількох шарів складається зігрівальний компрес?
A. 3
B. 2
C. 5
D. 4
E. 6.
17. Хворим з якими захворюваннями протипоказано ставити банки?
A. Туберкульоз легенів
B. Запальний процес органів грудної клітки
C. Міжреброва невралгія
D. Радикуліт
E. Міозит.
18. Протипоказаннями до застосування міхура з льодом є:
A. Гострий холецистит
B. Кровотеча
C. Хронічний холецистит
D. Травми (у перші години)
E. Гарячка.
19. Якою повинна бути температура води для гарячого компресу хворому з болем у суглобах?
A. 30—40 °C
B. 60—70 °C
C. 40—50 °C
D. 50—60 °C
E. 70—80 °C.

20. Із перелічених захворювань і станів виберіть те, коли необхідно застосувати міхур із льодом:
- A. Гіпертонічний криз
 - B. I період гарячки
 - C. Інфільтрат
 - D. II період гарячки
 - E. Хронічні захворювання черевної порожнини.
21. Яку дію справляють медичні банки на організм?
- A. Стимулювальну
 - B. Кровоспинну
 - C. Протизапальну
 - D. Болезаспокійливу
 - E. Розсмоктувальну.
22. Для постановки гірчичників використовують воду температури:
- A. 25—35 °C
 - B. 40—45 °C
 - C. 35—40 °C
 - D. 50—55 °C
 - E. 60—65 °C.
23. Які стани потребують застосування гірчичників?
- A. Бронхіт
 - B. Температура тіла вища 38 °C
 - C. Туберкульоз
 - D. Збудження і судоми
 - E. Злоякісні новоутворення.
24. Яку найпростішу фізіотерапевтичну процедуру доцільно застосовувати у разі кровотеч, свіжих забитих місць, гіпертермії II стадії, набряку мозку?
- A. Грілку
 - B. Банки
 - C. Міхур з льодом
 - D. Гірчичники
 - E. Зігрівальний компрес.
25. Медичній сестрі потрібно визначити чутливість шкіри до ультрафіолетового опромінення. Яким приладом необхідно скористатися?
- A. Тепловізором
 - B. Фотометром
 - C. Термографом
 - D. Томографом
 - E. Біодозиметром.
26. Лампу “кварц” застосовують у разі:
- A. Туберкульозу легенів
 - B. Злоякісних пухлин
 - C. Екземи
 - D. Захворювань крові
 - E. Гіпертонічної хвороби III стадії.
27. Показання до застосування міхура з льодом:
- A. I період гарячки
 - B. II період гарячки
 - C. III період гарячки
 - D. Гостра затримка сечі
 - E. Гнійні захворювання.
28. Показання до застосування міхура з льодом:
- A. Запалення середнього вуха
 - B. III період гарячки
 - C. I період гарячки
 - D. Дуоденальне зондування
 - E. Перші години після травми.
29. Стани хворого, під час яких застосування міхура з льодом протипоказано:
- A. Кровотечі
 - B. I період гарячки
 - C. Травми (у перші години)
 - D. II період гарячки
 - E. Перші 2 год після пологів на надлобкову ділянку.
30. В основі механізму дії гірчичників лежить усе перераховане окрім:
- A. Розсмоктувальної
 - B. Рефлекторно-відволікальної
 - C. Імуностимулювальної
 - D. Відволікальної
 - E. Знеболювальної.
31. Протипоказання до застосування гірчичників:
- A. Пневмонія
 - B. Бронхіт
 - C. Гіпертонічний криз
 - D. Легенева кровотеча
 - E. Напад бронхіальної астми.
32. Міхур із льодом застосовують:
- A. Для розсмоктування інфільтратів
 - B. У I період гарячки
 - C. У разі кровотеч
 - D. У разі хронічного холециститу

- Е. У III період гарячки.
33. Парентеральне введення лікарських препаратів — це:
- A. Через пряму кишку
 - B. Втирання мазі
 - C. Шляхом ін'єкцій
 - D. Через рот
 - E. Застосування присипок.
34. Найчастіше антибіотики вводять:
- A. Підшкірно
 - B. Внутрішньошкірно
 - C. Внутрішньовенно
 - D. Внутрішньом'язово
 - E. Внутрішньовенно краплинно.
35. У чому полягає профілактика абсцесів і інфільтратів?
- A. У використанні гострих голок і дотриманні правил асептики
 - B. У попередньому проведенні проби на чутливість
 - C. У виконанні ін'єкції тільки в горизонтальному положенні пацієнта
 - D. У проведенні маніпуляцій у гумових рукавичках
 - E. У ретельному зігріванні місця ін'єкції.
36. Де зберігають мікстури, настої, відвари, емульсії, сироватки, вакцини, пеніцилін, цепорин, розчини, які містять глюкозу?
- A. У сейфі під ключем
 - B. У холодильниках
 - C. В окремій шафі
 - D. У шафі під ключем
 - E. На окремій полиці.
37. Розчини для закапування у вухо попередньо підігрівають до температури:
- A. 37 °C
 - B. 22 °C
 - C. 30 °C
 - D. 40 °C
 - E. 45 °C.
38. Назвіть правильний метод введення нітрогліцерину:
- A. Під язик (сублінгвальний)
 - B. Через рот (пероральний)
 - C. У вигляді свічки
 - D. У вигляді лікувальної клізми
 - E. Парентеральний.
39. Пацієнтові призначено розтирання шкіри над ураженим суглобом. Яка тривалість цієї процедури?
- A. 1—2 хв
 - B. 3—5 хв
 - C. 5—10 хв
 - D. 15—20 хв
 - E. 10—15 хв.
40. Ферментні препарати, які поліпшують травлення (шлунковий сік, бетацид, розведена хлористоводнева кислота, фестал), необхідно вживати:
- A. До їди
 - B. Під час їди
 - C. У проміжку між уживанням їжі
 - D. Після їди, запиваючи водою або молоком
 - E. У будь-який час.
41. Як зберігають наркотичні лікарські препарати?
- A. У сейфах
 - B. В окремій шафі
 - C. У шафі під ключем
 - D. В окремій шафі під ключем
 - E. У кабінеті головного лікаря.
42. Назвіть лікарські форми для зовнішнього застосування:
- A. Мікстура, пластирі, драже, паста
 - B. Ректальна свічка, мазь, мікстура
 - C. Краплі в ніс, лінімент, пасти
 - D. Ректальні свічки, драже, паста
 - E. Вагінальні свічки, мікстура, лінімент.
43. Термін "інфузійна терапія" означає:
- A. Внутрішньошкірне, підшкірне, внутрішньом'язове введення
 - B. Уведення ліків через зонд
 - C. Парентеральне краплинне або струминне введення ліків у більших об'ємах
 - D. Ентеральне краплинне або струминне введення ліків у більших об'ємах
 - E. Комплекс ускладнень, що можуть виникати у разі внутрішньовенного краплинного введення ліків.
44. Назвіть ентеральний спосіб введення ліків:
- A. Через рот
 - B. На шкіру

- C. Внутрішньом'язово
D. Краплі в ніс
E. Внутрішньовенно.
45. Вимогу на лікарські препарати для відділення виписує:
A. Маніпуляційна медсестра
B. Постова медсестра
C. Головна медсестра лікарні
D. Заввідділення
E. Старша медсестра відділення.
46. Назвіть дезрозчин, у якому замочують медичний інструментарій для знезаражування:
A. 1 % хлорамін
B. 3 % хлорамін
C. 5 % хлорамін
D. 3 % водню пероксиду
E. 0,5 % хлораміну.
47. Експозиція замочування медінструментарію в мийному розчині перед проведенням передстерилізаційної обробки:
A. 10 хв
B. 15 хв
C. 45 хв
D. 30 хв
E. 60 хв.
48. Яким розчином протирають бікс перед укладанням матеріалу для стерилізації?
A. 3 % водню пероксиду
B. 1 % хлораміну
C. 0,5 % мийного засобу
D. 0,5 % аміаку
E. 3 % хлораміну.
49. Медсестра провела передстерилізаційну обробку медінструментарію. Яка проба виявить наявність залишків мийних засобів?
A. Азопірамова
B. Ортотолуїдинова
C. Амідопіринова
D. Фенолфталеїнова
E. Бензидинова.
- ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
ДЛЯ КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ
1. У пацієнта, 33 років, туберкульоз легенів. Раптово під час кашлю з'явилася кровохаркання. Які дії медичної сестри?
- A. Дати зволожений кисень
B. Зробити масаж грудної клітки
C. Поставити банки
D. Покласти міхур із льодом на грудну клітку
E. Поставити гірчичники на грудну клітку.
2. Знімаючи банки, медсестра помітила, що в кількох місцях під банками утворилися пухирці, наповнені серозною рідиною. Яку допомогу потрібно надати пацієнтові?
A. Обробити пухирці 1 % розчином брильянтового зеленого
B. Пухирці не обробляти
C. Обробити пухирці 3 % розчином водню пероксиду
D. Обробити пухирці 3 % розчином хлораміну
E. Обробити пухирці 5 % розчином йоду.
3. Хворому, 49 років, на ревматоїдний артрит призначено зігрівальний компрес. В якій послідовності потрібно накладати шари компресу?
A. Марля, змочена водно-спиртовим розчином, компресний папір, вата, бинт
B. Марля, компресний папір, вата, бинт
C. Вата, змочена водно-спиртовим розчином, компресний папір, марля, бинт
D. Вата, компресний папір, марля, бинт
E. Марля, змочена водно-спиртовим розчином, вата, компресний папір, бинт.
4. У хворого з виразковою хворобою раптово з'явилася нудота і блювання з виділенням темно-коричневої блювотної маси. Ваші дії щодо надання першої долікарської допомоги?
A. Промити шлунок розчином калію перманганату
B. Покласти міхур з льодом на ділянку надчрев'я
C. Покласти грілку на ділянку надчрев'я
D. Дати випити м'ятних крапель, прополоскати рот
E. Заспокоїти пацієнта.
5. За призначенням лікаря ви наклали пацієнтові вологі зігрівальні компреси на колінні

суглоби. Як перевірити правильність накладання компресів?

- A. Через 2 год просунути палець під внутрішній шар і визначити його стан
 - B. Зняти компрес через 2 год і перевірити його дію
 - C. Зняти компрес через 12 год і перевірити його дію
 - D. Через 2 год запитати у хворого про його суб'єктивні відчуття
 - E. Після зняття компресу шкіра повинна почервоніти.
6. Пацієнт відзначає біль у правому колінному суглобі. У вашому розпорядженні є мазь, що містить у своєму складі знеболювальний компонент. Які з процедур із застосуванням мазі доцільно призначити пацієнтові?
- A. Компрес із маззю на суглоб
 - B. Накласти мазь на суглоб
 - C. Втерти мазь у шкіру навколо суглоба
 - D. Масаж суглоба із застосуванням мазі
 - E. Електрофорез на суглоб із застосуванням мазі.
7. Пацієнт, 42 років, перебуває на лікуванні в протитуберкульозному диспансері. Увечері

в нього почалася легенева кровотеча. Що повинна застосувати медсестра до приходу лікаря?

- A. Міхур із льодом
 - B. Йодну сітку
 - C. Зігрівальний компрес
 - D. Гірчичники
 - E. Банки.
8. Пацієнту призначено дозування ліків чайною ложкою. Скільки мілілітрів міститься в чайній ложці?
- A. 5
 - B. 15
 - C. 10
 - D. 20
 - E. 3.
9. Хворому Д., 46 років, із підозрою на шлункову кровотечу, медсестра поклала міхур із льодом на ділянку надчерев'я. Через який час вона повинна його замінити?
- A. 20—30 хв
 - B. 5—10 хв
 - C. 2—3 год
 - D. Неважливо
 - E. Коли розтане лід.

Тестові завдання до теми 8

Загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими та агонуючими

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

ДЛЯ КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. Для клінічної смерті характерно:

- A. Свідомість відсутня, пульс і АТ не визначаються, дихання рідке аритмічне
- B. Свідомість відсутня, пульс і АТ не визначаються, дихання відсутнє, зіниці розширені
- C. Свідомість чітка, пульс ниткоподібний, АТ знижується, дихання рідке
- D. Свідомість відсутня, пульс ниткоподібний, АТ знижується, дихання рідке
- E. Свідомість відсутня, пульс і АТ не визначаються, зіниці звужені.

2. Тривалість клінічної смерті (у хвилинах):

- A. 3—4
- B. 1—2
- C. 4—6
- D. 7—8
- E. 9—10.

3. Біологічною ознакою смерті є:

- A. Розширення зіниць і відсутність їх реакції на світло
- B. Напруження м'язів
- C. Дихання Біота
- D. Звуження зіниць
- E. Температура тіла 30 °С.

4. Які головні реанімаційні заходи при клінічній смерті?

- A. Закритий масаж серця, штучна вентиляція легенів
- B. Відкритий масаж серця, переведення на апаратне дихання
- C. Трахеотомія, переведення на апаратне дихання
- D. Штучна вентиляція легенів
- E. Переведення на апаратне дихання.

5. Незворотним етапом умирання організму є:

- A. Клінічна смерть

- В. Біологічна смерть
С. Передагональний стан
D. Термінальна пауза
E. Агонія.
6. **Через скільки годин тіло померлого перевозять у патологоанатомічне відділення після констатації смерті?**
A. 5
B. 1
C. 3
D. 4
E. 2.
7. **Назвіть ділянки найчастішого утворення пролежнів у хворих із хронічними розладами кровообігу:**
A. Сідниці
B. Бічні поверхні живота
C. Колінний суглоб
D. Лопатки, крижі
E. Зовнішня поверхня плеча.
8. **Пролежні виникають у пацієнтів унаслідок:**
A. Літнього віку
B. Надмірної маси тіла
C. Неповноцінного харчування
D. Неповноцінного догляду
E. Призначеного напівліжкового режиму.
9. **Першою ознакою пролежнів є:**
A. Блідість шкіри
B. набряк шкіри
C. Відшарування епідермісу
D. Почервоніння шкіри
E. Поява пухирців.
10. **Для профілактики пролежнів шкіру хворого протирають розчином:**
A. 10 % камфорного спирту
B. 3 % хлораміну
C. 5 % йоду
D. 96 % етилового спирту
E. 1 % хлораміну.
11. **Для профілактики пролежнів не використовують:**
A. Мазь Вишневського
B. Зміну положення хворого
C. Камфорний спирт
D. Підкладний круг
E. Саліциловий спирт.
12. **Що не належить до заходів профілактики пролежнів?**
A. Протирання шкіри камфорним спиртом
B. Вчасна переміна натільної і постільної білизни
C. Рациональне харчування
D. Протирання шкіри слабким розчином оцту
E. Часта зміна положення хворого в ліжку.
13. **Для профілактики попріlostей шкіру слід обмивати розчином:**
A. 40 % етилового спирту
B. 2 % натрію хлориду
C. 3 % борної кислоти
D. 10 % камфорного спирту
E. 0,5 % хлораміну.
14. **Найбільш уразливу до пролежнів шкіру тяжкохворого щодня необхідно протирати розчином:**
A. 10 % етилового спирту
B. 10 % калію перманганату
C. 10 % фурациліну
D. 10 % камфорного спирту
E. 10 % нашатирного спирту.
15. **Під час догляду за очима тяжкохворого їх слід промивати у напрямку:**
A. Знизу вгору
B. Від внутрішнього кута до зовнішнього
C. Зверху донизу
D. Від зовнішнього кута до внутрішнього
E. Жодна з перерахованих відповідей не вірна.
16. **Промити очі тяжкохворій пацієнтці необхідно таким розчином:**
A. Фурациліну 1:5000
B. Фурациліну 1:2000
C. Калію перманганату 1:5000
D. Калію перманганату 1:2000
E. 3 % борної кислоти.
17. **Які з розчинів не використовують для догляду за очима?**
A. Стерильний 10 % натрію хлориду
B. Стерильний фурациліну 1:5000
C. Стерильний 2 % борної кислоти

- D. Стерильний ізотонічний натрію хлориду
E. Стерильний 2 % натрію гідрокарбонату.
18. Як подати тяжкохворому судно?
A. Сполоснути 10 % розчином водню пероксиду
B. Сполоснути холодною водою
C. Сполоснути 5 % розчином хлораміну
D. Сполоснути 10 % розчином хлораміну
E. Сполоснути теплою водою.
19. Для підмивання хворих розчин фурациліну має бути температури:
A. 20–25 °C
B. 15–16 °C
C. 30–32 °C
D. 25–27 °C
E. 38–40 °C.
20. Яка середня тривалість гігієнічної ванни?
A. 10 хв — температура води 35–40 °C
B. 20 хв — температура води 38–40 °C
C. 20 хв — температура води 38–40 °C
D. 5 хв — температура води 35–40 °C
E. 10 хв — температура води 35–40 °C.
21. Для пом'якшення вушної сірки під час проведення туалету зовнішнього слухового ходу застосовують розчин:
A. 3 % водню пероксиду
B. 2 % борної кислоти
C. Ізотонічний натрію хлориду
D. 0,9 % новокаїну
E. 70 % етиловий спирт.
22. Постільну та натільну білизну потрібно перемінювати:
A. 1 раз на 7 днів
B. 2 рази на 7 днів
C. У міру забруднення
D. Через 10 днів
E. 1 раз на 14 днів.
23. Газовідвідну трубку залишають у кишках на:
A. 30 хв
B. Скільки потрібно
C. 2 год
D. На ніч
E. Протягом доби.
1. Перемінюючи білизну тяжкохворому, медична сестра помітила інтенсивне почервоніння шкіри в ділянці крижів. Яким розчином необхідно обробити уражене місце?
A. 5–10 % калію перманганату
B. 10 % камфорного спирту
C. 0,5 % нашатирного спирту
D. 40 % етилового спирту
E. 1 % саліцилового спирту.
2. Медсестрою заплановано заходи з профілактики пролежнів у тяжко хворої пацієнтки. Яким повинен бути найменший інтервал між змінами положення пацієнтки в ліжку?
A. 4 год
B. 2 год
C. 6 год
D. 8 год
E. 12 год.
3. Пацієнт В., 54 років, лікується в травматологічному відділенні з приводу перелому хребта. Яким має бути ліжко пацієнта?
A. Покласти щит
B. Підняти головний кінець
C. Підняти ніжний кінець
D. Застосувати матрац із просом
E. Застосувати водний матрац із підігрівом.
4. Пацієнт, 60 років, перебуває у травматологічному відділенні 3 тиж. Хворий дуже ослаблений, тривалий час перебуває у ліжку. Перемінюючи білизну, медична сестра помітила пухирці в ділянці крижів. Який захід треба вжити?
A. Змащувати 1 % розчином саліцилового спирту
B. Змащувати розчином брильянтового зеленого
C. Змащувати 10 % розчином камфорного спирту
D. Протирати 70 % етиловим спиртом
E. Змащувати 5–10 % розчином калію перманганату.
5. Пацієнт М., 62 років, перебуває у післяопераційній палаті хірургічного відділення. Йому призначено постільний режим. Який

- лікарський засіб використовуватиме медсестра для профілактики пролежнів?
- 2 % розчин натрію гідрокарбонату
 - Розчин фурациліну 1:5000
 - 70 % етиловий спирт
 - 3 % розчин водню пероксиду
 - 10 % розчин камфорного спирту.
6. Під час виконання ранкового туалету медична сестра помітила у слуховому ході хворого багато сірки. Який розчин сприяє відходженню сірки?
- Калію перманганату
 - 2 % борної кислоти
 - 3 % водню пероксиду
 - 2 % калію гідрокарбонату
 - Фурациліну.
7. Пацієнт, 65 років, лікується в неврологічному відділенні з діагнозом гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом. Тривалий час перебував на постільному режимі. Об'єктивно: положення пасивне, на шкірі в ділянці крижів спостерігається відшарування епідермісу, пухирі. Який препарат застосувати для лікування ділянки шкіри?
- Розчин фурациліну 1:5000
 - 70 % етиловий спирт
 - 5 % розчин йоду
 - 1 % розчин брильянтового зеленого
 - 10 % камфорний спирт.
8. У хворого, 63 років, перелом стегнової кістки. На 5-й день виникло почервоніння шкіри на сіднищах. Що необхідно використати для обробки шкіри?
- 5 % розчин калію перманганату
 - 1 % розчин брильянтового зеленого
 - Накласти синтоміцинову мазь
 - Розчин фурациліну 1:5000
 - 10 % розчин камфорного спирту.
9. Медсестра повинна зробити тяжкохворому туалет зовнішніх статевих органів. Яким розчином вона буде користуватися?
- 70 % етиловим спиртом
 - 10 % камфорного спирту
 - Калію перманганату 1:10 000
 - 9 % водню пероксиду
 - 0.02 % формаліну.
10. Пацієнт Д., 60 років, з інфарктом міокарда перебуває на суворому ліжковому режимі.
- Медична сестра, переминюючи білизну, помітила пухирі в ділянці крижів. Які її дії?
- Промити холодною водою
 - Накласти мазеві пов'язки (10 % стрептоцидова мазь)
 - Протерти 10 % розчином камфорного спирту
 - Протерти 40 % розчином етилового спирту
 - Обробити пухирі брильянтовым зеленим, накласти асептичну пов'язку.
11. Хворий, 43 років, 2 дні тому переніс травму хребта, унаслідок чого стали повністю знерухомлені верхні кінцівки. У ділянках лопаток, ліктів, крижів, п'яток почервоніння шкіри. Яке лікування застосувати найдоцільніше?
- Обмивання холодною водою з милом
 - Протирання 70 % розчином етилового спирту
 - Накладання асептичної пов'язки
 - Змащування 10 % розчином камфорного спирту
 - Розтирання сухим рушником і змащування 5 % розчином калію перманганату.
12. Пацієнту з набряками нижніх кінцівок і асцитом призначено сечогінні засоби. За допомогою якого методу слід контролювати ефективність лікування?
- Визначення водного балансу
 - Визначення нічного діурезу
 - Аналіз сечі за Зимницьким
 - Загальний аналіз сечі
 - Визначення денного діурезу.
13. У пацієнтки Д., 76 років, хронічна серцева недостатність. Їй призначено виміряти водний баланс. Що потрібно врахувати, виконуючи призначення лікаря?
- Кількість рідини, спожитої за добу
 - Співвідношення між денним та нічним діурезом
 - Різницю між масою тіла вранці та ввечері
 - Співвідношення між уведеною рідиною та виділеною сечею
 - Кількість сечі, виділеної за добу.
14. У хворого М., 38 років, який перебуває на лікуванні в пульмонологічному відділенні з діагнозом пневмонії, виник кашель із виділенням великої кількості харкотиння. Ме-

- дична сестра видала йому індивідуальну пловальницю. Який дезрозчин необхідно налити в пловальницю для знезаражування харкотиння?
- 3 % хлораміну
 - 0,5 % хлораміну
 - 2 % натрію гідрокарбонату
 - 3 % водню пероксиду
 - Фурациліну 1:5000.
15. У хворого Н., 60 років, недостатність кровообігу з набряками. Які рекомендації надати хворому?
- Зменшити кількість споживання солі та рідини
 - Зменшити калорійність їжі
 - Зменшити кількість їжі
 - Їжу перед споживанням подрібнювати
 - Не вживати смаженого.
16. Під час догляду хворого з хронічною серцевою недостатністю медичній сестрі слід звернути особливу увагу на:
- Кількість і характер харкотиння
 - Показники температури тіла
 - ЕКГ
 - Частоту і характер фізіологічних відправлень
 - Кількість спожитої і виділеної хворим рідини.
17. У хворого відсутні дихання, пульс та серцебиття, розширені зіниці, відсутня реакція зіниць на світло. Який стан у хворого?
- Біологічна смерть
 - Клінічна смерть
 - Агонія
 - Кома
 - Сопор.

Тестові завдання до теми 9

Організація лікувального харчування хворих

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
ДЛЯ КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

- Яка середня потреба у вуглеводах на добу (г)?
 - 150—300
 - 100—200
 - 200—300
 - 400—500
 - 600—700.
- Скільки енергії виділяється на окиснення 1 г жиру (ккал)?
 - 8,4
 - 4,2
 - 9,3
 - 6,5
 - 4,1.
- Яка середня добова потреба дорослої людини в жирах (г)?
 - 120—140
 - 20—40
 - 40—60
 - 60—80
 - 80—100.
- Яка несумісність складників у разі роздільного харчування?
 - Білки і жири
 - Білки і вуглеводи
 - Вуглеводи і жири
 - Усі разом із волою
 - Усі перераховані вище.
- Назвіть продукти, що містять залізо:
 - М'ясо, печінка
 - Макаронні вироби
 - Бобові
 - Рис
 - Сливи, вишні.
- Режим харчування включає:
 - Кількість їжі
 - Адекватність їжі сезону
 - Визначення часу споживання їжі
 - Сервіровка столу
 - Відсутність шкідливої їжі.
- Яке оптимальне співвідношення білків, жирів, вуглеводів у раціоні здорової людини?
 - 1:2:3
 - 1:2,3:6
 - 2:2:2
 - 1:1,2:4
 - 1:1,9:3.
- У разі хвороб нирок призначають дієтичний стіл:
 - № 7

- B. № 2
C. № 9
D. № 10
E. № 5.
9. Яку дієту за Певзнером призначають хворим на туберкульоз легенів?
A. № 10
B. № 8
C. № 11
D. № 9
E. № 7.
10. Яку дієту за Певзнером призначають хворим на цукровий діабет?
A. № 7
B. № 8
C. № 10
D. № 5
E. № 9.
11. Яку дієту призначають пацієнтам із хронічним гепатитом?
A. № 5
B. № 10
C. № 7
D. № 1
E. № 9.
12. Яка дієта забезпечує умови для підтримання позитивного вуглеводного балансу, запобігає порушенню жирового обміну?
A. № 9
B. № 8
C. № 7
D. № 10
E. № 5.
13. Яку дієту призначають пацієнтам із захворюваннями печінки і хворобою Боткіна в стадії одужання?
A. № 3
B. № 1
C. № 5
D. № 7
E. № 10.
14. Яку дієту призначають пацієнтам з інфекційними захворюваннями в гострий період?
A. № 9
B. № 3
C. № 5
D. № 13
E. № 15.
15. Яку дієту призначають хворим на холецистит у стадії загострення?
A. № 2
B. № 5a
C. № 3
D. № 5
E. № 7.
16. Яку дієту призначають пацієнтам із захворюваннями нервової системи?
A. № 13
B. № 12
C. № 14
D. № 10
E. № 7.
17. Яку дієту призначають хворим на хронічний гастрит із секреторною недостатністю?
A. № 2
B. № 5
C. № 7
D. № 1a
E. № 9.
18. Яку дієту рекомендують пацієнтам із захворюваннями?
A. № 2
B. № 3
C. № 5
D. № 10
E. № 15.
19. Яку дієту призначають пацієнтам із захворюваннями серцево-судинної системи в стадії компенсації та з артеріальною гіпертензією I та II стадії?
A. № 8
B. № 2
C. № 4
D. № 6
E. № 10.
20. Яку дієту призначають хворим на ентероколіт із профузними проносами?
A. № 4
B. № 2
C. № 5
D. № 9
E. № 8.
21. Яку дієту рекомендовано пацієнтам із виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки та гастритом із підвищеною секрецією в стадії загострення?

- A. № 11
B. № 10
C. № 1a
D. № 5
E. № 7.
22. Через шлунковий зонд хворому можна ввести таку страву:
A. Тістечка
B. Вінегрет
C. Сметану
D. Парову котлету
E. Кисіль.
23. Визначте продукти, які слід обмежити в харчуванні пацієнта із серцевою недостатністю:
A. Сіль, рідину
B. Рідину
C. Вуглеводи, білки
D. Вуглеводи, жири
E. Жири, вітаміни.
24. Діету № 15 призначають пацієнтам із:
A. Туберкульозом легенів
B. Захворюваннями печінки
C. Захворюваннями нирок
D. Різними захворюваннями за відсутності показань до призначення спеціальної дієти
E. Захворюваннями обміну речовин.
25. Головними показаннями до застосування штучного харчування є:
A. Закрепи
B. Метеоризм
C. Гарячка
D. Тяжкий стан хворого
E. Операції на травному каналі.
26. Парентеральним методом штучного харчування є:
A. Ін'єкційний (інфузійний)
B. Через гастростому
C. Ректальний
D. Через зонд
E. Із поїльника.
27. Виведення ділянки шлунка на передню черевну стінку носить назву:
A. Ілеостома
B. Гастростома
C. Колоостома
D. Епіцистома
E. Цистостома.
28. Кількість рідинної їжі за умови 4-разового харчування через зонд повинна становити (мл):
A. 450—500
B. 30—70
C. 100—150
D. 250—450
E. 600—800.
29. Назвіть особливості дієтотерапії хворих із виразковою хворобою шлунка:
A. Вилучення з харчового раціону молочних продуктів
B. Збільшення кількості білків у харчовому раціоні
C. Часте харчування, механічне, термічне та хімічне шаління
D. Організація розвантажувальних днів
E. Обмеження вживання рідини.
30. У чому полягає коригувальний принцип харчування хворих на цукровий діабет?
A. Зменшення вуглеводів
B. Збільшення білків
C. Збільшення жирів
D. Збільшення вуглеводів
E. Зменшення білків.
31. Які продукти дозволено до споживання хворим із виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки?
A. Молочні каші — рисова, гречана, манна
B. Бульйони з риби та м'яса
C. Копчені та консервовані продукти
D. Смажені котлети
E. Каву.
32. При якому захворюванні призначають висококалорійну їжу та посилене харчування?
A. Ішемічна хвороба серця
B. Туберкульоз
C. Виразкова хвороба шлунка
D. Гастроентерит
E. Пієлонефрит.
33. Яка частота споживання їжі хворими з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки?
A. 3—4 рази на день
B. 2—3 рази на день

- С. 5—6 разів на день
 Д. 4—5 разів на день
 Е. Не важливо.
34. Які продукти не забороняються за умови дотримання дієти № 5?
 А. Молоко, кефір, сир
 В. Прянощі
 С. Какао
 Д. Маринади та копченості
 Е. Шоколад.
35. Назвати розвантажувальну дієту:
 А. Молочна
 В. Яблучна
 С. Вівсяна
 Д. Морквяна
 Е. Усі перераховані вище.
36. Парентеральне харчування передбачає введення в організм поживних речовин:
 А. Минаючи травний канал
 В. За допомогою зонда
 С. За допомогою клізми
 Д. Через нориці
 Е. Через ротову порожнину.
37. Хто складає порційні вимоги?
 А. Старша медсестра
 В. Палатна медсестра
 С. Завідувач відділення
 Д. Сестра-господарка
 Е. Маніпуляційна медсестра.
38. Використаний посуд підлягає дезінфекції у такому розчині:
 А. 3 % хлораміну — 60 хв
 В. 0,5 % хлораміну — 30 хв
 С. 70 % етиловому спирті — 15 хв
 Д. 6 % водню пероксиду — 30 хв
 Е. 1 % хлораміну — 15 хв.
39. Для постановки очисної клізми у разі атонії кишок температура води повинна становити:
 А. 18—20 °С
 В. 15—60 °С
 С. 20—22 °С
 Д. 22—25 °С
 Е. 25—27 °С.
40. Як увести наконечник у пряму кишку?
 А. Перші 3—4 см у напрямку до пупка, потім 5—8 см паралельно до куприка
 В. На 1—2 см у напрямку до пупка, потім на 3—4 см паралельно до куприка
 С. Не має значення
 Д. Перші 5—6 см у напрямку до пупка, а потім на 2—3 см паралельно до куприка
 Е. Перші 5—6 см у напрямку до пупка, а потім на 6—8 см паралельно до куприка.
41. У разі схильності до спазмів кишок температура води для клізми становить:
 А. 18—20 °С
 В. 28—32 °С
 С. 37—39 °С
 Д. 41—42 °С
 Е. 12—18 °С.
42. Яка температура води повинна бути для постановки клізми хворому із спастичним закрепом?
 А. 30 °С
 В. 20 °С
 С. 45 °С
 Д. 36—38 °С
 Е. 50—60 °С.
43. Коли необхідно поставити очисну клізму, якщо хворому призначено поживну клізму?
 А. За 15—20 хв
 В. За 24 год
 С. За 12 год
 Д. За 3—6 год
 Е. За 30—40 хв.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
 ДЛЯ КОНТРОЛЮ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ

1. Пацієнта П., 33 років, госпіталізовано в гастроентерологічне відділення із загостренням виразкової хвороби. Яку дієту необхідно призначити в перші дні перебування в стаціонарі?
 А. № 1а
 В. № 1
 С. № 1б
 Д. № 0
 Е. № 2.
2. У хворого діагностовано подагру. Лікар призначив дієту № 6. Йому потрібно обмежувати споживання продуктів, що містять:
 А. Жири
 В. Вуглеводи
 С. Білки

- D. Цукор
E. Сіль.
3. До палати привезли хворого з операційного блоку після операції на шлунку. Як годувати цього хворого в перші два дні?
A. З поїльника
B. Через назогастральний зонд
C. Через гастростому
D. З ложки
E. Внутрішньовенно краплинно.
4. У хворого вірусний гепатит. Йому треба відновити порушену функцію печінки. За допомогою якої дієти це зробити?
A. № 10
B. № 4
C. № 1
D. № 5
E. № 15.
5. Під час організації харчування в санаторії дієтична сестра встановила, що відпочивальники забезпечені 4-разовим харчуванням. Яку частину добової енергетичної цінності повинен становити їхній сніданок?
A. 25 %
B. 30 %
C. 35 %
D. 40 %
E. 45 %.
6. Пацієнт перебуває у післяопераційному періоді. Який метод штучного харчування слід застосувати в цьому разі?
A. Парентеральний
B. Штучний через шлунковий зонд
C. Штучний через пряму кишку
D. З поїльника
E. З ложки.
7. Пацієнту середнього віку із цукровим діабетом призначено дієту № 9. Які продукти слід вилучити з раціону?
A. Макарони, здобу, тваринні жири
B. Молоко, фрукти, яловичину
C. Овочі, кефір, курятину
D. Яблука, гречку, сир
E. Лимони, шпинат, нежирну рибу.
8. У пацієнта порушення серцево-судинної системи. Йому призначено дієту № 10. Спілкуючись із пацієнтом, ви пояснюєте мету призначення дієти:
A. Нормалізація секреторної та моторної функції кишок
B. Щадіння нервової системи
C. Відновлення порушення функції печінки
D. Відновлення вітамінного балансу
E. Зниження АТ, зменшення набряків.
9. Пацієнту призначено дієту № 8. Цю дієту призначають пацієнтам із:
A. Сечокислим діатезом
B. Захворюваннями нирок
C. Цукровим діабетом
D. Загальним виснаженням
E. Ожирінням.
10. У хворого діагностовано інфаркт міокарда. Яку дієту йому рекомендовано?
A. № 10а
B. № 7
C. № 5а
D. № 1а
E. № 6.
11. Медсестрі дитячої лікарні, розраховуючи енергетичну цінність раціону, необхідно пам'ятати, що 1 г вуглеводів становить (ккал):
A. 9,3
B. 5,6
C. 8,2
D. 4,2
E. 10,5.
12. Хворий тривалий час перебуває у неприємному стані. У нього травма голови. Який метод харчування слід застосувати?
A. Через пряму кишку
B. Через зонд
C. Парентеральний
D. З ложки
E. З поїльника.
13. Пацієнта доставлено у реанімаційне відділення після аварії з діагнозом "відкрита черепно-мозкова травма". Яку дієту необхідно призначити цьому пацієнту?
A. № 2
B. № 1а
C. № 1
D. № 0
E. № 5.

14. У терапевтичному відділенні перебуває на лікуванні пацієнтка з гіпертонічною хворобою II стадії. Якої дієти потребує ця пацієнтка?
- № 1
 - № 9
 - № 7
 - № 5
 - № 10.
15. Пацієнтові рекомендується споживати: гречану кашу, вегетаріанські супи, варене м'ясо, рибу, олію, вилучити з раціону: варення, солодкий чай, компоти, макаронні та різні кондитерські вироби. Яку дієту призначено пацієнтові?
- № 9
 - № 15
 - № 0
 - № 7
 - № 10.
16. Пацієнтку, 48 років, госпіталізовано в гастроентерологічне відділення зі скаргами на гіркоту в роті, особливо вранці, ниючий біль у правому підребер'ї, нудоту, здуття живота. Хворіє на хронічний холецистит. Яку дієту ви призначите хворій?
- № 15
 - № 7
 - № 5
 - № 16
 - № 10.
17. У нефрологічне відділення госпіталізовано пацієнта з набряками обличчя і ознаками анасарки, АТ—180/100 мм рт. ст. Що потрібно обмежити в раціоні харчування передусім?
- Рибу
 - Сіль
 - Молоко
 - М'ясо
 - Яйця.
18. Через значну фізичну слабкість хворий з недостатністю кровообігу не спроможний самостійно їсти. Який метод харчування призначити хворому?
- 3 ложки
 - Парентеральний
 - Поживну клізму
 - Через гастростому
 - Через зонд.
19. Пацієнтка, 55 років, перебуває на лікуванні в гастроентерологічному відділенні з приводу хронічного коліту. За призначенням лікаря медсестра поставила їй олійну клізму. Через який час відбудеться випорожнення кишок?
- 8—9 год
 - 20—30 хв
 - 4—6 год
 - 6—7 год
 - 10—12 год.
20. Пацієнту, 25 років, з отруєнням за призначенням лікаря потрібно поставити сифонну клізму. На яку глибину медсестра повинна ввести гумовий зонд?
- 20—30 см
 - 31—40 см
 - 15—19 см
 - 10—14 см
 - 5—8 см.
21. У ранній післяопераційний період у пацієнта виник парез кишок. Призначено гіпертонічну клізму. Який лікувальний розчин найдоцільніше використати під час проведення цієї процедури?
- 10 % натрію хлориду
 - 5 % глюкози
 - 2 % новокаїну
 - 10 % магнію сульфату
 - 2 % натрію гідрокарбонату.
22. Пацієнту, 65 років, перед операцією лікар призначив очисну клізму. Яке положення пацієнта під час виконання процедури?
- На правому боці
 - На лівому боці
 - На животі
 - На спині
 - Стоячи.
23. У раціоні пацієнта переважає клітковина (боби, квасоля, капуста, картопля). Розвиток якого стану можливий у цього пацієнта?
- Метеоризм
 - Гіпотензія
 - Гіпертермія
 - Анурія
 - Блювання.

24. Пацієнту, 34 років, із загостренням хронічного ентероколіту лікар призначив лікувальну клізму з 50 мл обліпихової олії. Яку клізму повинна поставити медична сестра перед маніпуляцією?
- Очисну
 - Гіпертонічну
 - Краплинну
 - Сифонну
 - Олійну.
25. Хворому призначено олійну клізму. Ефект після неї настає через:
- 10—12 год
 - 5—10 хв
 - 1—2 год
 - 20—30 хв
 - 6—8 год.
26. До приймального відділення госпіталізованого пацієнта, 56 років, із підозрою на непрохідність товстої кишки. Яку клізму йому повинна поставити медсестра за призначенням та контролем лікаря?
- Олійну
 - Очисну
 - Лікувальну
 - Сифонну
 - Краплинну.

Тестові завдання до теми 10

Вступ у хірургію. Гігієна у хірургічному стаціонарі.

Робота середнього медичного персоналу в умовах хірургічного відділення

1. Антропометрія — це:
- Розділ антропології
 - Проведення діагностичних маніпуляцій пацієнту
 - Проведення лікувальних маніпуляцій пацієнту
 - Визначення зросту та маси тіла пацієнта
 - Визначення обводу грудної клітки.
2. Лікарська таємниця — це:
- Таємниця сповіді
 - Непоширення інформації інтимного характеру медичним працівником
 - Непоширення медичним працівником інформації про захворювання пацієнта
 - Непоширення медичним працівником інформації про особисте життя
 - Непоширення медичним працівником компрометуючої інформації про колектив відділення.
3. Що передбачає суворий постільний режим?
- Дозволяється ходити по палаті і в туалетну кімнату
 - Не дозволяється активно рухатися в ліжку
 - Дозволяється вільно рухатися в ліжку, але не вставати з нього
 - Дозволяється сидіти на ліжку, ходити по палаті
 - Е. Будь-що з наведеного вище.
4. Що є найбільш небезпечним для медичного працівника під час догляду та лікування ВІЛ-інфікованих хворих?
- Потрапляння інфікованої крові під час уколів голками або внаслідок ушкодження шкіри ріжучими інструментами
 - Потрапляння інфікованої крові на слизові оболонки
 - Потрапляння мокротиння і слини на шкіру або слизові оболонки
 - Контактування ВІЛ-інфікованого пацієнта з іншими виділеннями.
5. Ятрогенне захворювання — це захворювання, зумовлене:
- Вживанням високотоксичних отрут
 - Проживанням особи на екологічно забруднених територіях
 - Перебуванням у несприятливих санітарно-гігієнічних умовах
 - Проживанням особи у незадовільних матеріально-побутових умовах
 - Нефаховими діями медичного працівника.
6. Які долікарські втручання необхідно проводити у разі критичного зниження температури тіла?

- А. Стежити за станом серцево-судинної системи (частотою пульсу та артеріальним тиском)
 В. Стежити за добовим діурезом
 С. Стежити за станом ротової порожнини
 Д. Стежити за випорожненнями
 Е. Проводити профілактику пролежнів.
7. За яким принципом етапності організована хірургічна допомога в Україні?
 А. Кваліфікована—спеціалізована—первинна
 В. Первинна—спеціалізована—кваліфікована
 С. Первинна—кваліфікована—спеціалізована
 Д. Кваліфікована—первинна—спеціалізована
 Е. Спеціалізована—первинна—кваліфікована.
8. Під час оформлення на роботу в хірургічне відділення медична сестра повинна була відповісти на запропоноване запитання:
 яку відповідальність несе медична сестра за недбале ставлення до своїх професійних обов'язків, що призвело до зараження особи вірусом імунодефіциту людини?
 А. Кримінальну
 В. Морально-правову
 С. Адміністративну
 Д. Цивільно-правову
 Е. Відповідальності не несе.
9. Чоловіка, 40 років, госпіталізовано у проктологічне відділення зі скаргами на наявність яскраво-червоної крові у калі після акту дефекації. Під час ректороманоскопії діагностували поліп прямої кишки. Здійснено операцію — поліпектомію. Пацієнт звернувся до медичної сестри для уточнення доброякісності новоутворення. Як повинна поводити себе медсестра у цій ситуації?
 А. Порадити звернутися до лікаря
 В. Розповісти про доброякісні пухлини
 С. Розповісти про хід операції
 Д. Дати прочитати відповідну літературу
 Е. Порадити з'ясувати діагноз в операційної медсестри.

Тестові завдання до теми 11

Організація роботи в чистій перев'язувальній.

Десмургія, перев'язувальний матеріал. Типові бинтові пов'язки.

Пов'язки на голову, шию, грудну клітку.

Догляд за хворими, оперованими в ділянці голови, шиї, грудної клітки

1. Циркулярною називається пов'язка, наступні тури якої:
 А. Закривають попередні на 1/2
 В. Закривають попередні на 2/3
 С. Закривають попередні повністю
 Д. Розміщують від попередніх на ширину бинта
 Е. Накладають один на одного за типом східного.
2. Назвіть найсуттєвішу помилку накладання пов'язки на шию:
 А. Дуже вільна
 В. Не закріплена
 С. Надто туга
 Д. Застосовано широкий бинт
 Е. Накладена зі значною кількістю турів.
3. Перев'язка — це:
 А. Засіб для іммобілізації
 В. Спосіб діагностики
 С. Маніпуляція
 Д. Операція
 Е. Вид асептики.
4. Назвіть один із суттєвих недоліків пращоподібної пов'язки:
 А. Складна у виконанні
 В. Потребує великої кількості матеріалу
 С. Не закриває герметично рану
 Д. Накладають тільки у разі незначних ушкоджень
 Е. Створює дискомфорт для пацієнта.

5. Яку пов'язку вважають доцільною для фіксації зігрівального компресу на вухо?
- A. Шапочка Гіпократа
 - B. Вузечка
 - C. Чепець
 - D. Вузлова
 - E. Неаполітанська.
6. Лейкопластирну пов'язку не використовують для:
- A. Лікування методом витягнення переломів
 - B. Фіксації перев'язувального матеріалу
 - C. Зближення країв рани
 - D. Оклюзії проникної рани грудної клітки
 - E. Остаточного гемостазу.
7. Назвіть правило, якого слід дотримуватися під час накладання бинта:
- A. Стояти позаду пацієнта
 - B. Дивитися на обличчя пацієнта і бинтувати
 - C. Дивитись тільки на ту ділянку, на яку накладається бинт
 - D. Стежити за діями помічника
 - E. Дивитися на обличчя пацієнта і ділянку, на яку накладається бинт.
8. Прашоподібну пов'язку не застосовують для фіксації матеріалу в ділянці:
- A. Носа
 - B. Пахвової ямки
 - C. Підборіддя
 - D. Вушної раковини
 - E. Потилиці.
9. Яке з наведених правил бинтування є правильним?
- A. Накладати бинт, попередньо відмотавши, внутрішньою поверхнею до тіла
 - B. Накладати бинт без попереднього відмотування внутрішньою поверхнею до тіла
 - C. Накладати бинт, попередньо відмотавши, зовнішньою поверхнею до тіла
 - D. Накладати бинт без попереднього відмотування зовнішньою поверхнею до тіла
 - E. Накладати бинт на тіло великим і вказівним пальцями.
10. Чи голити волосся на ділянці, де планується накладати лейкопластирну пов'язку?
- A. Іноді
 - B. Так
 - C. Ні
 - D. На прохання пацієнта
 - E. Немає значення.
11. Що таке десмургія?
- A. Процес накладання пов'язки
 - B. Наука про роботу перев'язувальної
 - C. Перелік правил накладання пов'язки
 - D. Лікарська маніпуляція
 - E. Наука про пов'язки.
12. Перев'язувальний матеріал має задовольняти всі вимоги окрім:
- A. Гігроскопічності
 - B. Еластичності
 - C. Можливості стерилізації без втрати якості
 - D. Подразнювального впливу на тканини
 - E. Капілярності.
13. Перев'язувальний матеріал на грудній клітці фіксують пов'язкою:
- A. Колосоподібною
 - B. Коловою
 - C. Поворотною
 - D. Спіральною
 - E. Повзучою.
14. На потилицю і задню поверхню шиї накладають пов'язку:
- A. Поворотну
 - B. Вісімкоподібну
 - C. Колосоподібною
 - D. Черепашачу
 - E. Повзучу.
15. Який тип пов'язки застосовують на грудній клітці?
- A. Колосоподібною
 - B. Циркулярну
 - C. Спіральну
 - D. Повзучу
 - E. Дезо.

Тестові завдання до теми 12

Догляд за хворими, оперованими на органах черевної порожнини, промежині, кінцівках. Пов'язки на живіт, промежину, кінцівки.

Догляд за хворими з переломами. Техніка гіпсування

1. Пов'язку якого типу накладають на ділянку промежини?
 - A. Пращоподібну
 - B. Східну черепащачу
 - C. Розхідну черепащачу
 - D. Т-подібну
 - E. Колосоподібну.
2. Гіпсова пов'язка належить до:
 - A. Здавлювальних
 - B. Імобілізуючих
 - C. Звичайних
 - D. Оклюзійних
 - E. Асептичних.
3. Яку пов'язку накладають на куксу кінцівки?
 - A. Циркулярну
 - B. Колосоподібну
 - C. Поворотну
 - D. Черепащачу
 - E. Спіральну.
4. Які частини тіла можна знерухомлювати гіпсовою пов'язкою?
 - A. Обличчя
 - B. Будь-які
 - C. Кінцівки
 - D. Таз і промежину
 - E. Живіт.
5. Яку фіксувальну пов'язку накладають на ділянку наколінка?
 - A. Спіральну
 - B. Черепащачу
 - C. Повзучу
 - D. Поворотну
 - E. Хрестоподібну.
6. Пов'язку типу панцирної рукавички накладають у разі:
 - A. Ураження шкіри всіх пальців
 - B. Переломів фаланг пальців
 - C. Вправленого вивиху основної фаланги I пальця
 - D. Панарицію II пальця
 - E. Абсцесу долонної поверхні кисті.
7. Для підтримки калитки після операції застосовують пов'язку:
 - A. Пращоподібну
 - B. Східну черепащачу
 - C. Поворотну
 - D. Колосоподібну
 - E. Суспензорій.
8. Черепащачу пов'язку накладають на:
 - A. Підборіддя
 - B. Промежину
 - C. Куксу кінцівки
 - D. П'ятку
 - E. Кисть.
9. Яку пов'язку накладають на I палець кисті?
 - A. Колосоподібну
 - B. Спіральну
 - C. Черепащачу
 - D. Хрестоподібну
 - E. Циркулярну.
10. Імобілізуючими пов'язками є:
 - A. Пов'язка з витягненням
 - B. Гіпсова
 - C. Бинтова
 - D. Клеолова
 - E. Лейкопластирна.
11. На конусоподібні ділянки тіла (передпліччя, гомілку) накладають пов'язки:
 - A. Черепащачу східну
 - B. Спіральну
 - C. Хрестоподібну
 - D. Спіральну з перегином
 - E. Поворотну.
12. На плечовий суглоб накладають пов'язку:
 - A. Колову
 - B. Спіральну
 - C. Поворотну
 - D. Хрестоподібну
 - E. Колосоподібну.

13. Після вправлення вивиху плеча накладають пов'язку:
- Колосоподібну
 - Вельпо
 - Вісімкоподібну
 - Черепашачу
 - Колову.
14. Мета іммобілізуючих пов'язок:
- Звичайне знерухомлення.
 - Репозиція та фіксація
 - Погіршення кровообігу в кінцівці
 - Знеболювання
 - Загоювання рани.
15. Показанням до накладання пов'язки Дезо є перелом:
- Шийних хребців
 - Ключиці
 - Груднини
 - II—III ребер
 - Кісток передпліччя.
16. Які з наведених патологій слід лікувати знерухомленням?
- Перелом таза
 - Флегмона стегна
 - Абсцес легенів
 - Перелом ребер без зміщення
 - Множинні рани тулуба внаслідок забиття.
17. У лівій пахвинній ямці глибока рана значних розмірів, масивна кровотеча з рани. Ви застосуєте пов'язку:
- Оклюзійну
 - Фіксуючу
 - Гемостатичну
 - Косинкову
 - Лейкопластирну.
18. Для іммобілізації перелому ключиці застосуєте все окрім:
- Бинтової пов'язки на плечовий пояс
 - Шини Крамера і бинтової пов'язки
 - Пов'язки Вельпо
 - Косинкової пов'язки на передпліччя
 - Стисної пов'язки.
19. На гомілку і передпліччя накладають пов'язки:
- Колосоподібну
 - Хрестоподібну
 - Циркулярну
 - Спіральну з перегином
 - Спіральну.
20. Положення кінцівки, на яку накладають гіпсову пов'язку:
- Середнє фізіологічне
 - Максимального згинання в суглобі
 - Максимального розгинання в суглобі
 - Підвишене
 - Пронації.

Тестові завдання до теми 13

Антисептика. Догляд за хворими з гнійною патологією

- Який метод належить до механічної антисептики?
 - Дренування рани
 - Застосування антибіотиків
 - Первинна хірургічна обробка рани
 - Ультразвукова кавітація рани
 - Застосування розчину водню пероксиду.
- Із перерахованих антибіотиків ототоксичну дію справляють:
 - Пеніциліни
 - Аміноглікозиди
 - Тетрацикліни
 - Цефалоспорины
 - Макроліди.
- Якої концентрації розчин фурациліну застосовують для промивання ран?
 - 1:200
 - 1:500
 - 1:2000
 - 1:5000
 - 1:10 000.

4. Для швидшого очищення рани від некротичних мас нанесено ферментумісну мазь "Іруксол". Який вид антисептики застосовано?
- Хірургічний
 - Хімічний
 - Механічний
 - Фізичний
 - Біологічний.
5. Методами фізичної антисептики є:
- Дренування рани
 - Промивання рани розчином хлоргексидину
 - Первинна хірургічна обробка рани
 - Ультразвукова кавітація рани
 - Застосування антибіотиків.
6. Ускладненнями антибіотикотерапії є:
- Дисбактеріоз
 - Підвищення артеріального тиску
 - Зниження слуху
 - Алергійні реакції
 - Тахікардія.
- Виберіть правильну комбінацію відповідей:
- A. 1, 2, 3 B. 1, 3, 4 C. 2, 3, 4
D. 3, 4, 5 E. 2, 4, 5.
7. Гнійна рана промита пульсвним струменем антисептика і дренована. Назвіть вид антисептики:
- Хімічний
 - Фізичний
 - Механічний
 - Біологічний
 - Змішаний.
8. Назвіть антисептики з групи барвників:
- Фурацилін, фурагін
 - Риванол, метиленовий синій, етакридину лактат
 - Йодонат, йодопірон
 - Розчин хлораміну
 - Жодний із наведеного.
9. Бактерицидна дія ультразвуку виявляється у:
- Руйнуванні тромбів
 - Зміні проникності оболонки мікробної клітини
 - Кавітації
 - Розщепленні молекул води
5. Появі мутації бактеріальних клітин. Виберіть правильну комбінацію відповідей:
- A. 1, 3 B. 2, 3 C. 2, 4
D. 1, 4 E. 3, 5.
10. Методами біологічної антисептики є:
- Застосування вакцин і сироваток
 - Застосування сульфаніламідів, нітрофуранів
 - Первинна хірургічна обробка рани
 - Дренування рани
 - Ультразвукова кавітація рани.
11. Помилками антибіотикотерапії варто вважати комбінацію:
- Антибіотиків з пістатином
 - Однотипних антибіотиків
 - Різних шляхів введення антибіотиків
 - Антибіотиків і протеолітичних ферментів
 - Антибіотиків і нітрофуранів.
12. Який антисептик належить до групи альдегідів?
- Карболова кислота
 - Сулема
 - Калію перманганат
 - Формалін
 - Нітрат срібла.
13. До методів хімічної антисептики належить:
- Первинна хірургічна обробка рани
 - Дренування рани
 - Застосування сульфаніламідів, нітрофуранів
 - Застосування вакцин і сироваток
 - Ультразвукова кавітація рани.
14. Мета фізичної антисептики:
- Підвищити імунітет пацієнта
 - Пригнітити патогенні властивості мікробів
 - Знищити мікроби в рані
 - Створити в рані умови не сприятливі для розвитку мікробів
 - Знищити спори мікробів.
15. Джерелом ендогенної інфекції може бути все із наведеного окрім:
- Хронічного тонзиліту
 - Наявності каріозних зубів

- С. Гноячкових захворювань шкіри
 D. Хронічного остеомієліту
 E. Облітерувального ендартеріїту.
- 16. Що з наведеного належить до механічної антисептики?**
 A. Зрошення рани розчином водню пероксиду
 B. Дренування рани марлевым тампоном
 C. Видалення з рани нежиттєздатних тканин
 D. Імобілізація кінцівки гіпсовою пов'язкою
 E. Накладання на рану ферментумісної мазі.
- 17. Антисептиком, що належить до окиснювачів, є:**
 A. Сулема
 B. Калію перманганат
 C. Карболова кислота
 D. Хлорамін
 E. Срібла нітрат.
- 18. Активну імунізацію хворого можна здійснити, використовуючи препарати:**
 1. Стафілококовий анатоксин
 2. Антистафілококовий гамма-глобулін
 3. Бактеріофаг
 4. Декарис.
 Виберіть правильну комбінацію відповідей:
 A. 1, 3, 4 B. 1, 2, 4 C. 1, 2, 3
 D. 2, 3 E. 1.
- 19. Антисептиком із групи галоїдів є:**
 A. Калію перманганат
 B. Сулема
 C. Карболова кислота
 D. Хлорамін
 E. Срібла нітрат.
- 20. Що з наведеного належить до поверхневої антисептики?**
 A. Уведення антисептика в порожнини організму
 B. Внутрішньом'язове введення антисептиків
 C. Уведення антисептиків у прилеглі до рани тканини
 D. Зрошення рани розчином антисептика
 E. Внутрішньовенне введення 1 % розчину фурагіну.
- 21. Через гумовий трубчастий дренаж із грудної порожнини самовільно евакуюється екссудат. Який вид антисептики застосовують?**
 A. Механічний
 B. Фізичний
 C. Мікробіологічний
 D. Хімічний
 E. Біологічний.
- 22. Краї, стінки і дно рани висічено, тканини видалено, накладено первинний шов. Який вид антисептики застосовано?**
 A. Хімічний
 B. Фізичний
 C. Біологічний
 D. Механічний
 E. Змішаний.
- 23. Гнійну рану дреновано тампоном, просякнутим ізотонічним розчином натрію хлориду. Який вид антисептики застосовано?**
 A. Хімічний
 B. Біологічний
 C. Механічний
 D. Фізичний
 E. Змішаний.
- 24. Ртуті оксиціанід належить до групи:**
 A. Галоїдів
 B. Солей важких металів
 C. Сульфаміламідів
 D. Альдегідів
 E. Окиснювачів.

Тестові завдання до теми 14

Стерилізація перев'язочного матеріалу і операційної білизни.**Організація роботи в операційній. Обробка рук хірурга та операційного поля**

1. Що з наведеного не є профілактикою повітряно-краплинної інфекції?
 - A. Ультрафіолетове опромінення повітря
 - B. Обробка операційного поля
 - C. Провітрювання
 - D. Припливно-витяжна вентиляція операційної зали
 - E. Надягання маски.
2. Що з наведеного слід зберігати після стерилізації в розчині Люголя?
 - A. Шовк
 - B. Кетгут
 - C. Капрон
 - D. Лавсан
 - E. Голки.
3. Яка основна дія нашатирного спирту в разі обробки рук за способом Спасокукоцького—Кочергіна?
 - A. Антисептична
 - B. Трансформувати жири в розчинний стан
 - C. Дубильна
 - D. Розширяти пори шкіри
 - E. Утворювати розчини з піною.
4. У біксі по секторах закладено різні матеріали: серветки, маски, халати та ін. Як називається ця укладка?
 - A. Спеціалізована
 - B. Цілеспрямована
 - C. Сегментарна
 - D. Профільна
 - E. Секторальна.
5. Назвіть термін зберігання стерильного матеріалу в біксі, який ще не відкривали:
 - A. 1 день
 - B. 2 дні
 - C. 3 дні
 - D. 5 днів
 - E. 10 днів.
6. Метод стерилізації синтетичного матеріалу (капрону, найлону, тефлону та ін.):
 - A. Кип'ятінням
 - B. Парою під тиском
 - C. Замочуванням у спиртї
 - D. Замочуванням у розчинї Люголя
 - E. Сухим жаром.
7. Що з перерахованого належить до методів профілактики контактного інфікування?
 1. Стерилізація білизни
 2. Стерилізація інструментів
 3. Стерилізація шовного матеріалу
 4. Обробка рук хірурга
 5. Обробка операційного поля.
 Виберіть правильну комбінацію відповідей:

A. 1, 2, 3, 4 B. 1, 3, 4, 5 C. 1, 2, 3, 5
D. 2, 3, 4, 5 E. 1, 2, 4, 5.
8. Які з перерахованих речовин застосовують для обробки рук хірурга?
 1. Первомур
 2. Новосепт
 3. Церигель
 4. Етиловий спирт
 5. Хлорамін.
 Виберіть правильну комбінацію відповідей:

A. 1, 2, 3, 4 B. 1, 2, 3, 5 C. 2, 3, 4, 5
D. 1, 3, 4, 5 E. 1, 2, 4, 5.
9. Назвіть мінімальний час обробки рук хірурга за способом Спасокукоцького—Кочергіна (хв):
 - A. 2
 - B. 3
 - C. 5
 - D. 6
 - E. 10.
10. Якою мінімальною кількістю разів обробляється операційне поле антисептиком за методом Гроссіха—Філончикова?
 - A. 1
 - B. 2
 - C. 3
 - D. 4
 - E. 5.

11. Коли проводиться поточне прибирання в операційній?
 А. Уранці до початку роботи
 В. Під час проведення операції
 С. Раз на тиждень
 D. Наприкінці робочого дня
 Е. Один раз на місяць.
12. Назвіть основні компоненти препарату С-4:
 А. Водню пероксид + етиловий спирт
 В. Водню пероксид + мурашина кислота
 С. Водню пероксид + нашатирний спирт
 D. Водню пероксид + метиловий спирт
 Е. Водню пероксид + сулема.
13. Розчин, який застосовують для обробки операційного поля:
 А. Спирт-таніну
 В. 0,5 % аміаку
 С. Ртуті дихлориду 1:1000
 D. Спиртовий Люголя.
 Е. Водню пероксиду.
14. Яким способом обробки рук до операції можна досягти їх повної стерильності?
 А. Хлоргексидином
 В. Спасокукоцького—Кочергіна
 С. Новосептом
 D. Первомуром
 Е. Жодним із наведених.
15. Який із непрямих методів контролю за стерильністю найвірогідніший?
 А. Мікуліча
 В. Термометрія
 С. Плавлення антипірину
 D. Плавлення бензойної кислоти
 Е. Бактеріологічний контроль.
16. Обробка рук хірурга розчином первомуру триває не менше:
 А. 1 хв
 В. 2 хв
 С. 3 хв
 D. 5 хв
 Е. 10 хв.

Тестові завдання до теми 15

Організація роботи в стерилізаційній.

Підготовка і стерилізація ріжучого, оптичного, загальнохірургічного інструментарію. Стерилізація шовного матеріалу

1. До засобів холодної стерилізації належать:
 1. Ультрафіолетові промені
 2. Іонізувальне випромінювання
 3. Ультразвукові хвилі
 4. Пари формаліну
 5. Стерилізація в автоклаві.
 Виберіть правильну комбінацію відповідей:
 А. 1, 2, 4, 5 В. 2, 3, 4, 5 С. 1, 3, 4, 5
 D. 1, 2, 3, 4 Е. 1, 2, 3, 5.
2. Який із перерахованих методів застосовують для стерилізації цистоскопів, ланароскопів, торакооскопів?
 1. Прожарювання
 2. Кип'ятіння протягом 30 хв у 2 % розчині натрію гідрокарбонату
 3. Автоклавування
 4. Газова стерилізація
 5. Стерилізація в спиртовому розчині хлоргексидину.
 Виберіть правильну комбінацію відповідей:
3. Стерилізацію кетгуту за методом Губарєва здійснюють:
 А. У парах йоду
 В. У спиртовому розчині Люголя
 С. У водному розчині Люголя
 D. У розчині нашатирного спирту
 Е. У розчині сулеми.
4. Парами формаліну слід стерилізувати:
 А. Ріжучі інструменти
 В. Гумові рукавички
 С. Інструменти з оптичними системами
 D. Марлеві серветки
 Е. Шприци.
5. За якої температури (градуси за Цельсієм) стерилізують інструменти в сухожаровій шафі?
 А. 120
 В. 150

- C. 180
D. 200
E. 220.
6. Відкривши бікс після стерилізації, медсестра виявила контрольну речовину в порошкоподібному стані. Її подальші дії:
A. Прийняти бікс у роботу
B. Провести повторну стерилізацію в автоклаві
C. Провести бакдослідження
D. Провести повітряну стерилізацію
E. Провести хімічну стерилізацію.
7. За яким методом стерилізують металевий інструментарій?
A. У сухожаровій шафі за температури 160 °С — 1 год
B. У автоклаві за температури 120 °С протягом 25 хв
C. Кип'ятінням протягом 45 хв
D. У сухожаровій шафі за температури 180 °С — 1 год
E. У автоклаві за температури 120 °С — 20 хв.
8. Для контролю передстерилізаційної обробки на виявлення залишків крові використовують пробу:
A. Водню пероксид
B. Розчин Люголя
C. Бензидинову
D. Фенолфталеїнову
E. Розчин аміаку.
9. До якої зони належить передопераційна?
A. Суворого режиму
B. Обмеженого режиму
C. Асептичної
D. Стерилізаційної
E. Наркозної.
10. Дотримується наступний режим стерилізації в сухожарових шафах:
A. 0,5 год за температури 200 °С
B. 1 год за температури 180 °С
C. 1 год за температури 220 °С
D. 2 год за температури 180 °С
E. 2 год за температури 220 °С.
11. Який термін стерилізації інструментарію у автоклаві під тиском 2 атм. і за температурі 132 °С?
A. 20 хв
B. 30 хв
C. 45 хв
D. 1 год
E. 1 год 30 хв.
12. Стерилізацію інструментарію в сухожаровій шафі проводять за температурі:
A. 100—120 °С
B. 120—140 °С
C. 140—160 °С
D. 160—180 °С
E. 180—200 °С.
13. Що стерилізують у сухожаровій шафі?
A. Перев'язувальний матеріал
B. Нерозсмоктувальний шовний матеріал
C. Гумові рукавички
D. Металевий інструментарій
E. Кетгут.

Тестові завдання до теми 16

Хірургічна операція, підготовка хворого до операції.

Догляд за хворим у післяопераційний період

1. Назвіть заходи, спрямовані на профілактику легеневих ускладнень після операції:
A. Призначення препаратів заліза
B. Вдихання закису азоту
C. Промивання шлунка
D. Дихальна гімнастика
E. Холод на живіт.
2. До ускладнень операційної рани належить усе окрім:
A. Кровотечі
B. Гематоми
C. Інфільтрату
D. Болю в рані
E. Евентрації.
3. Що слід застосувати у разі рефлекторної затримки сечі в післяопераційний період?
A. Катетеризація сечового міхура
B. Міхур із льодом на низ живота

- C. Застосування сечогінних засобів
D. Суворий ліжковий режим
E. Усе наведене вище.
- 4. До діагностичних операцій належить:**
A. Апендектомія
B. Грижорозтин
C. Біопсія лімфовузлів
D. Вправлення вивиху плеча
E. Розкриття панарицію.
- 5. Підготовка кишок у доопераційний період передбачає призначення:**
A. Відхаркувальних засобів
B. Безшлакової дієти
C. Зондового харчування
D. Очисної клізми
E. Холоду на живіт.
- 6. У післяопераційний період профілактика тромбоемболічних ускладнень включає все із наведеного окрім:**
A. Лікувальної фізкультури і адекватного знеболювання
B. Бинтування ніг еластичними бинтами до і після операції
C. Застосування антикоагулянтів непрямої дії
D. Деагрегантів
E. Суворого ліжкового режиму.
- 7. У доопераційний період у разі виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої в анамнезі кровотечею, показанням до переливання крові є:**
A. Інтоксикація
B. Виражена анемія
C. Необхідність стимуляції кровотворення
D. Необхідність імунокорекції
E. Усе перераховане.
- 8. Назвіть заходи, спрямовані на профілактику легеневих ускладнень після операції:**
A. Призначення препаратів заліза
B. Вдихання закису азоту
C. Промивання шлунка
D. Дихальна гімнастика
E. Холод на живіт.
- 9. За термінами виконання розрізняють такі оперативні втручання:**
A. Ургентні, термінові, паліативні
B. Планові, ургентні, багатоетапні
C. Ургентні, термінові, планові
D. Радикальні, планові, паліативні
E. Діагностичні, не термінові, одноетапні.
- 10. Профілактика нагноєння післяопераційної рани передбачає:**
A. Часті шви на рану
B. Розсмоктувальні шви на рану
C. Дренування рани
D. Лікувальну фізкультуру
E. Герметичну пов'язку.
- 11. У жінки, 50 років, у післяопераційний період, через 3 дні після холецистектомії, раптово виникла задишка, біль за грудниною, кашель з мокротинням червоного кольору. АТ 90/70 мм рт. ст., пульс — 90 за 1 хв, частота дихання — 30 за 1 хв, субфебрильна температура тіла. Яка вірогідна причина?**
A. Емболія гілок легеневої артерії
B. Аспіраційна пневмонія
C. Підпечінковий абсцес
D. Холангіт
E. Панкреатит.
- 12. Ургентна операція показана пацієнтам із:**
A. Варикозним розширенням вен нижніх кінцівок
B. Ліпомою
C. Перфоративною виразкою шлунка
D. Трофічною виразкою
E. Раком печінки.
- 13. Оптимальним варіантом підготовки до операції хворих на рак сигмоподібної кишки є:**
A. Колостомія проксимальніше пухлини
B. Механічне очищення пухлини
C. Системна антибіотикотерапія
D. Механічне очищення кишок + пероральні антибіотики
E. Нічого із наведеного.
- 14. Під час підготовки хворого до операції апендектомії здійснюють усе окрім:**
A. Премедикації
B. Очисної клізми
C. Гоління шкіри черевної стінки
D. Психологічної підготовки
E. Випорожнення сечового міхура.

15. Протипоказанням до оперативного втручання у разі защемленої грижі є:
- Флегмона грижового мішка
 - Інфаркт міокарда в анамнезі
 - Вагітність
 - Багатокамерна грижа
 - Нічого із наведеного.
16. Вид санітарної обробки перед екстреною операцією:
- Обтирання шкіри і переміна натільної білизни
 - Часткова санітарна обробка шкіри
 - Повна санітарна обробка шкіри
 - Санітарну обробку не проводять
 - Усе наведене вище.
17. Що із наведеного не застосовують для лікування післяопераційної пневмонії?
- Антибактеріальну терапію
 - Бронхолітики
 - Масаж грудної клітки, дихальну гімнастику
 - Положення Тренделенбурга
 - Оксигенотерапію.
18. Планове оперативне втручання виконують з приводу:
- Гострого апендициту
 - Защемленої грижі
 - Кровотечі з ушкодженої судини
 - Асфіксії
 - Жовчнокам'яної хвороби.
19. Передопераційними заходами, які зменшують вірогідність інфікування операційної рани, є:
- Ванна
 - Антибіотикотерапія
 - Гоління шкіри
 - Очищення шлунка і кишок
 - Усе зазначене вище.
20. У післяопераційний період профілактика тромбоемболічних ускладнень включає все із наведеного окрім:
- Лікувальної фізкультури і адекватного знеболювання
 - Бинтування ніг еластичними бинтами до і після операції
 - Застосування антикоагулянтів непрямої дії
 - Деагрегантів
 - Суворого ліжкового режиму.
21. Операцію за життєвими показаннями здійснюють у разі:
- Тривалої кровотечі
 - Доброякісної пухлини
 - Злоякісної пухлини
 - Облітерувального ендартеріїту
 - Варикозного розширення вен нижніх кінцівок.
22. За наявності пролежнів необхідно застосувати зазначене окрім:
- Вкладання хворого на твердий матрац
 - Підкладних кругів
 - Протирання шкіри камфорним спиртом
 - Зміни положення тіла
 - Перестеляння ліжка хворого.
23. Джерелом ендогенної інфекції може бути все із наведеного окрім:
- Хронічного тонзиліту
 - Каріозних зубів
 - Гноячкових захворювань шкіри
 - Хронічного остеомієліту
 - Облітерувального ендартеріїту.
24. Легеневими ускладненнями післяопераційного періоду є все окрім:
- Пневмонії
 - Ателектазу
 - Бронхоектатичної хвороби
 - Бронхіту
 - Асфіксії.
25. Радикальними операціями є:
- Холестектомія
 - Гастростомія з приводу рани стравоходу
 - Обхідний анастомоз при раку кишки
 - Біопсія
 - Пункція плевральної порожнини.
26. Виникнення тромбоемболічних ускладнень у післяопераційний період спричинює все наведене окрім:
- Варикозного розширення вен нижніх кінцівок
 - Виснаження

- С. Ожиріння
 D. Наявності онкологічного захворювання
 E. Літнього віку.
27. За технікою виконання розрізняють такі операції:
 A. Ургентні, термінові, двоетапні
 B. Одноетапні, двоетапні, багатоетапні
 C. Ургентні, термінові, планові
 D. Радикальні, планові, паліативні
 E. Діагностичні, не термінові, одноетапні.
28. Розходження країв рани після лапаротомії спричинює все окрім:
 A. Високого внутрішньочеревного тиску
 B. Гематоми
 C. Масивної інфузійної терапії
 D. Нагноєння рани
 E. Недостатньо зашитого апоневрозу.
29. У разі гострої затримки сечі в післяопераційний період застосовують усі з наведених заходів окрім:
 A. Паранефральної блокади
 B. Введення спазмолітиків
 C. Катетеризації сечового міхура
 D. Введення сечогінних
 E. Накладання епіцистостоми.
30. Профілактика тромбоемболічних ускладнень у післяопераційний період включає:
 A. Бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом
 B. Застосування антикоагулянтів
 C. Застосування дезагрегантів
 D. Ранню активізацію хворого
 E. Усе із наведеного вище.
31. У разі ендогенної інтоксикації призначають:
 A. Спазмолітики
 B. Інфузійну терапію
 C. Знеболювальні препарати
 D. Антикоагулянти
 E. Часту зміну пов'язки.
32. Термін гоління шкіри перед плановою операцією:
 A. За добу перед операцією
 B. Увечері напередодні операції
 C. Зранку в день операції
 D. Гоління не проводять
 E. Усе із наведеного вище.
33. Термін постановки очисної клізми перед плановою операцією:
 A. За добу до операції
 B. Увечері напередодні операції
 C. Зранку в день операції
 D. Клізму не ставлять
 E. Усе із наведеного вище.
34. Мета паліативної операції:
 A. Полегшення стану хворого
 B. Верифікація діагнозу
 C. Вилікування хворого
 D. Завершення одноетапної операції
 E. Усе із наведеного вище.
35. Термін проведення планової операції:
 A. негайно
 B. Після відповідної підготовки
 C. Найближчим часом
 D. Відкладається на невизначений термін
 E. Усе із наведеного вище.
36. Мета накладання вантажу на рану після операції:
 A. Профілактика кровотечі
 B. Профілактика розходження швів
 C. Профілактика розвитку інфекції
 D. Зменшення болю
 E. Усе із наведеного вище.
37. Захворювання, яке потребує подовження доопераційної підготовки:
 A. Варикозне розширення вен
 B. Декомпенсація серцевої діяльності
 C. Гострий апендицит
 D. Гострий тромбофлебіт
 E. Усе із наведеного вище.
38. Термін проведення невідкладної (ургентної) операції:
 A. Після відповідної підготовки
 B. Відкладається на невизначений термін
 C. Найближчим часом
 D. негайно після мінімального обстеження (упродовж 2 год)
 E. Усе із наведеного вище.

Тестові завдання до теми 17

Роль догляду за хворими дітьми в лікувально-діагностичному процесі. Структура і функції педіатричного стаціонару та поліклініки

- 1. У який термін після виписування новонародженого з пологового будинку медсестра разом із дільничним педіатром повинні відвідати його?**
 - А. Протягом 10 днів
 - В. У перші 2 доби
 - С. У перші 7 днів
 - Д. У перші 5 днів
 - Е. У перші 2 тиж.
- 2. До дитячого лікувально-профілактичного закладу належать:**
 - А. Дитяче відділення багатопрофільної лікарні
 - В. Аптека матері і дитини
 - С. Дитячий будинок
 - Д. Пологовий будинок
 - Е. Шкірно-венерологічний диспансер.
- 3. Функціями дитячої поліклініки є:**
 - А. Спостереження за здоровими і хворими дітьми
 - В. Організація і проведення щеплень
 - С. Протиепідемічна робота
 - Д. Антенатальна охорона плода
 - Е. Усе перераховане вище.
- 4. Профілактична робота дільничного педіатра включає все перераховане нижче окрім:**
 - А. Патронажу вагітних
 - В. Патронажу новонароджених
 - С. Санітарно-просвітницької роботи
 - Д. Лікування дітей із гострими кишковими захворюваннями.
- 5. Профілактичний огляд дитини 3-го року життя проводять:**
 - А. 1 раз на місяць
 - В. 1 раз на 3 міс
 - С. 1 раз на 6 міс
 - Д. За рішенням матері
 - Е. Один раз на рік.
- 6. Під час госпіталізації дитини у стаціонар у приймальному відділенні проводять усе окрім:**
 - А. Антропометрії
 - В. Заповнення титульної сторінки історії хвороби
 - С. Надання першої медичної допомоги
 - Д. Масажу
 - Е. Лікарського огляду.
- 7. У разі виявлення у дитини інфекційного захворювання екстрене повідомлення відправляють до:**
 - А. Шкірно-венерологічного диспансеру
 - В. Міліції
 - С. Санітарно-епідеміологічної станції
 - Д. Місцевих органів охорони здоров'я
 - Е. Дитячої поліклініки.
- 8. Назвіть деонтологічні підходи до госпіталізації дитини:**
 - А. Лікар повинен переконати батьків, що госпіталізація дитини в стаціонар дає можливість уточнити діагноз, динамічно спостерігати та лікувати дитину
 - В. Дитину раннього віку можна госпіталізувати разом із мамою
 - С. Госпіталізувати дитину раннього віку можна без мами
 - Д. Усе перераховане вище вірно
 - Е. Усе перераховане вище невірно.
- 9. Який медичний документ заповнює лікар приймального відділення і передає у відділення, куди госпіталізують дитину?**
 - А. Титульну сторінку історії хвороби
 - В. Журнал хворих, яких госпіталізовано до відділення
 - С. Температурний листок
 - Д. Статистичний талон
 - Е. План обстеження і лікування дитини.
- 10. Дитячий диспансер — це:**
 - А. Лікувальна установа, у якій проводять кваліфіковане обстеження і лікування дітей віком від народження до 18 років
 - В. Лікувально-профілактична установа з виявлення, реєстрації та спостереження за хворими дітьми, надання спеціалізованої допомоги, розробки заходів щодо запобігання захворюванням

С. Лікувальна установа, у якій проводять кваліфіковане обстеження і лікування дітей віком від народження до 15 років

Д. Лікувально-профілактична установа, у якій проводять лікувально-реабілітаційні заходи з використанням природ-

них фізичних чинників, дієтотерапії, ЛФК

Е. Лікувально-профілактична установа, у якій надають амбулаторну лікувально-профілактичну допомогу дітям від народження до 18 років за місцем проживання.

Тестові завдання до теми 18

Приймальне відділення дитячої лікарні. Госпіталізація, санітарна обробка і транспортування хворих дітей. Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму. Особиста гігієна медичного персоналу

1. Для виявлення педикульозу у дитини оглядають:
 - A. Шкірні складки
 - B. Ступні
 - C. Волосисту частину голови
 - D. Спину
 - E. Усе перераховане вище.
2. Вологе прибирання палат проводять:
 - A. Один раз на тиждень
 - B. Щодня
 - C. Через день
 - D. Двічі на день
 - E. Двічі на тиждень.
3. Дезінфекція — це система заходів, спрямована на:
 - A. Знищення патогенних мікроорганізмів у середовищі перебування людини
 - B. Знищення всіх мікроорганізмів, включаючи й спори
 - C. Видалення з поверхні сторонніх мікрочасток
 - D. Видалення з медичних приладів і інструментів білкових, жирових забруднень
 - E. Жодне із перерахованого.
4. Поточна дезінфекція — це:
 - A. Дезінфекція, що її проводять в осередку інфекції багато разів у присутності хворого
 - B. Дезінфекція, що її проводять постійно незалежно від того, є інфекційне захворювання чи немає
 - C. Дезінфекція, що її проводять в осередку інфекції один раз після того як хворого ізолювали
 - D. Дезінфекція, що її проводять в осередку інфекції після госпіталізації хворого
5. Дезінфекція, що її проводять в осередку інфекції після переведення хворого в інше відділення.
5. У приймальне відділення доставили дитину з неблагополучної сім'ї. Під час огляду виявлено платтяний педикульоз. Відповідно до наказу МОЗ України № 38 одяг дитини необхідно:
 - A. Замочити в дезрозчині
 - B. Відправити в клейончастому мішку в дезкамеру
 - C. Спалити
 - D. Обробити 10 % розчином формаліну
 - E. Випрати.
6. Виникнення педикульозу спричинюють:
 - A. Неохайність
 - B. Порушення санітарно-гігієнічних правил
 - C. Велика скупченість людей
 - D. Погана організація санітарно-освітньої роботи
 - E. Усе із перерахованого вище.
7. Яка відповідальність передбачена за порушення проведення санітарно-протиепідемічних заходів, якщо є негативні наслідки?
 - A. Кримінальна
 - B. Адміністративна
 - C. Дисциплінарна
 - D. Цивільна
 - E. Моральна.
8. Температура повітря в палаті дитячої лікарні повинна бути:
 - A. 20—22 °C
 - B. 25—30 °C
 - C. 15—18 °C

- D. 30—32 °C
- E. 28—30 °C.

9. Дитячий стаціонар — це:

- A. Лікувальна установа, де проводять кваліфіковане обстеження і лікування дітей віком від народження до 18 років
- B. Лікувально-профілактична установа, де виявляють, ведуть облік і спостерігають за хворими дітьми, надають спеціалізовану медичну допомогу, розробляють заходи щодо запобігання захворюванням
- C. Лікувальна установа, де проводять кваліфіковане обстеження і лікування дітей віком від народження до 15 років

- D. Лікувально-профілактична установа, де проводять лікувально-реабілітаційні і загальнооздоровчі заходи дітям, переважно з використанням природних фізичних чинників у поєднанні з дієтотерапією та ЛФК
- E. Лікувально-профілактична установа, де надають амбулаторну лікувально-профілактичну допомогу дітям від народження до 18 років за місцем проживання.

10. Генеральне прибирання палат проводять:

- A. Один раз на тиждень
- B. Щодня
- C. Через день
- D. Двічі на день
- E. Двічі на тиждень.

Тестові завдання до теми 19

Особливості гігієни новонароджених та дітей 1-го року життя і догляд за ними в стаціонарі.

Дезінфекція та стерилізація предметів догляду за дітьми

1. Першу гігієнічну ванну новонародженому проводять:

- A. Відразу після виписування з пологового будинку
- B. Після відпадання залишку пупкового канатика (7—10-й день)
- C. Після досягнення маси тіла 4000 г
- D. До 6 міс. дитину тільки обтирають стерильною водою
- E. Якщо постійна температура тіла 36,6 °C тримається протягом тижня.

2. Антропометрію новонародженій дитині проводять:

- A. Відразу після народження до перерізання пупкового канатика
- B. Після первинного туалету
- C. Відразу після перерізання пупкового канатика
- D. Тільки після відхождення меконію
- E. Не раніше ніж через 2 год.

3. Які препарати використовують для профілактики офтальмії у новонароджених?

- A. 0,5 % еритроміцинову мазь
- B. 30 % розчин сульфацилу натрію
- C. Промивання перевареною водою
- D. Промивання відваром протизапальних трав.

4. Чим проводять обробку залишку пупкового канатика у здорового новонародженого за умови цілодобового спільного перебування з матір'ю?

- A. 5 % розчином калію перманганату
- B. Не проводять
- C. 1 % розчином брильянтового зеленого
- D. 3 % розчином водню пероксиду
- E. Розчином фурациліну 1:5000.

5. Назвіть особливості догляду за зовнішнім слуховим ходом у дітей грудного віку:

- A. Проводять 1 раз на тиждень
- B. Проводять щодня
- C. Проводять сухими паличками
- D. Проводять змоченими в ізотонічному розчині джгутіками
- E. Використання підручних засобів залезить від індивідуальних особливостей слухового ходу.

6. З якого віку доцільно починати привчати дитину до чищення зубів?

- A. Із 7 років
- B. Із 3 років
- C. Із 5 років
- D. Із 10 років
- E. З появою постійних зубів.

7. Назвіть особливості проведення туалету ротової порожнини здорового немовляти:
- A. Якщо немає необхідності, специфічного догляду ротова порожнина не потребує
 - B. Після кожного годування перевареною водою
 - C. Один раз зранку протирати слабким розчином калію перманганату
 - D. Обробляти розчином натрію гідрокарбонату на ніч.
8. Чим необхідно обробляти шкіру здорового новонародженого після підмивання?
- A. 3 % розчином водню пероксиду
 - B. Не потребує обробки
 - C. Розчином фурациліну 1:5000
 - D. 76 % етиловим спиртом
9. За появи молочниці на слизовій оболонці ротової порожнини у дитини грудного віку використовують:
- A. Слабкий розчин калію перманганату
 - B. 2 % розчин натрію гідрокарбонату з використанням марлевого тампона
 - C. Фукорцин
 - D. 1 % розчин брильянтового зеленого.
10. Для купання дітей, яким виповнилося 6 міс., температура води повинна бути:
- A. 32—33 °C
 - B. 36—36,5 °C
 - C. Не нижче 37 °C
 - D. 37—38 °C
 - E. Залежить від пори року.

Тестові завдання до теми 20

Гігієнічні та лікувальні ванни.

Догляд за дітьми з гарячкою. Застосування клізм у дітей

1. Об'єм води для проведення очисної клізми дитині грудного віку має бути:
- A. 160—180 мл
 - B. До 50 мл
 - C. 60—150 мл
 - D. 200 мл
 - E. Не більше ніж 10 мл на 1 міс. життя дитини.
2. Дитина 3 років перебуває на стаціонарному лікуванні з приводу гострої респіраторної інфекції. Під час огляду температура тіла 38,7 °C, шкіра бліда, щаноз навколо рота, мармуровість, кінцівки холодні. Які маніпуляції показані в цьому разі?
- A. Покласти грілку до кінцівок, зігріти
 - B. Застосувати фізичні методи охолодження
 - C. Клізма з холодною водою
 - D. Обмеження рідини та їжі
 - E. негайно роздягнути дитину.
3. Температура води для постановки очисної клізми у дітей старшого віку становить:
- A. 30—32 °C
 - B. 26—26,5 °C
 - C. Не менше 36,6 °C
 - D. 17—18 °C
 - E. 20—22 °C.
4. Лікувальні клізми доцільно призначати дітям:
- A. Не раніше ніж через добу після очисної клізми
 - B. Після очисної клізми
 - C. Тільки зранку
 - D. Тільки на ніч
 - E. За бажанням матері.
5. До лікувальних ванн, що їх застосовують у дітей, належать:
- A. Комфортні
 - B. Теплі
 - C. Фізіологічні
 - D. Стимулювальні
 - E. Зігрівальні.
6. Об'єм води для постановки очисної клізми новонародженій дитині становить:
- A. 100—150 мл
 - B. 80—100 мл
 - C. 25—30 мл
 - D. 150—200 мл
 - E. Не більше ніж 10 мл на день життя дитини.

7. Яке оптимальне положення слід надати дитині одного року життя під час постановки очисної клізми?
- На лівому боці
 - На правому боці
 - На спині з піднятими догори ногами
 - На животі
 - Колінно-ліктьове.
8. Глибина введення наконечника клізми у відхідник у дітей грудного віку становить:
- 1–2 см
 - 5 см
 - 10 см
 - На відстань від відхідника до куприка
 - 20 см.
9. Дитині з гіпертермічним синдромом (температура тіла до 39,9 °С) призначено жарознижувальні засоби. Назвіть ознаки, які свідчать про позитивну динаміку гіпертермічного синдрому:
- Зниження температури тіла, підвишене потовиділення, слабкість
 - Максимальне підвищення температури тіла на тлі підвищеної активності дитини
 - Зниження температури тіла, озноб, гіперемія шкіл, спрага
 - Підвищення апетиту, підвищення тону м'язів, психоемоційне збудження
 - Підвищення температури тіла тільки увечері, слабкість, гіперемія шкіри обличчя.
10. Під час постановки сифонної клізми дитині старшого віку слід дотримуватися таких умов:
- Об'єм не менше ніж 1 л незалежно від віку дитини
 - Положення дитини на правому боці
 - Тривалість не більше 15 хв
 - Проводять до чистих промивних вод
 - Положення дитини на животі.

Тестові завдання до теми 21

Облік та правила зберігання лікарських засобів. Особливості застосування лікарських засобів у дітей

- Основні ділянки шкіри для підшкірних ін'єкцій:
 - Зовнішня поверхня плеча
 - Тильна поверхня кисті
 - Внутрішня поверхня ліктьового згину
 - Верхньозовнішній квадрант сідниці
 - Усі названі вище.
- Які лікарські форми не використовують для внутрішнього застосування?
 - Мікстури, відвари
 - Настої
 - Екстракти
 - Порошки, капсули
 - Аерозолі.
- Під час виконання підшкірних ін'єкцій голку ставлять під кутом до поверхні шкіри:
 - 60°
 - 30°
 - 90°
 - 45°
 - 15°.
- Що входить у функціональні обов'язки медичної сестри під час роздавання ліків хворим дітям?
 - Забезпечення вживання ліків у чітко регламентований час
 - Забезпечення вживання ліків у присутності медичної сестри
 - Забезпечення вживання ліків у чітко визначеній дозі
 - Забезпечення процесу проковтування ліків (подрібнення, розведення водою або запивання водою)
 - Усе із названого вище.
- Які переваги парентерального методу введення лікарських засобів?
 - Зручність і простота у застосуванні
 - Засвоєння організмом лікувальних засобів цим методом є найбільш фізіологічним
 - Не потребує створення додаткових умов, складних апаратів або приладів
 - Точність дозування та швидкість введення препарату

- Е. Тривалий термін дії лікарських засобів.
6. Під час роздавання ліків на одній із пляшок виявлено відсутність аптечної етикетки. Які дії медсестри у цій ситуації?
- А. Ліки вилучити із застосування
 В. Використовувати ліки за відсутності аптечної етикетки
 С. Медсестра повинна відмовитися роздавати ліки до консультації з лікарем
 Д. Обговорити ситуацію з батьками дитини
 Е. Спробувати з'ясувати назву ліків зі старшою медсестрою.
7. Дезінфекцію шкіри в місці ін'єкції проводять:
- А. 70 % етиловим спиртом
 В. 96 % етиловим спиртом
 С. Розчином йоду
 Д. Хлораміном
 Е. Водню перексидом.
8. Скільки мілілітрів настою лікарських рослин міститься в 1 столовій ложці?
- А. 20
 В. 15
 С. 10
 Д. 5
 Е. 25.
9. Назвіть варіанти роздавання ліків для ентального застосування:
- А. За допомогою лотка, який розділений на окремі комірки з прізвищами хворих
 В. За допомогою спеціальних візків з комірками для розміщення твердих і рідинних лікарських форм для роздавання ліків безпосередньо в палатах
 С. Безпосередньо на медсестринському посту
 Д. Усе із названого вище.
10. Наявність залишків крові на медичному інструментарію перевіряють за допомогою:
- А. Бензидинової проби
 В. Проби з фенолфталеїном
 С. Проби із суданом
 Д. Проби МакКлюра—Олдріча
 Е. Після якісної обробки перевіряти немає потреби.

Тестові завдання до теми 22

Особливості організації харчування здорових дітей раннього віку. Організація харчування дітей в умовах стаціонару

1. Під час організації вигодовування немовлят в умовах стаціонару необхідно:
- А. Виключити грудне вигодовування для профілактики перехресної інфекції
 В. Проводити таке саме вигодовування, як і до госпіталізації
 С. Обов'язково вводити соки на тлі захворювання для додаткової вітамінізації
 Д. Обов'язково вводити суміші — заміники грудного молока з дотриманням ідеальної стерилізації.
2. Який фізіологічний об'єм шлунка у дитини до кінця 1-го року життя (мл)?
- А. 20
 В. 50
 С. 80
 Д. 250
 Е. 400.
3. Які наслідки неправильної техніки вигодовування груддю?
- А. Зменшення маси тіла
 В. Лакторея
 С. Порушення мікрофлори кишок
 Д. Збільшення маси тіла
 Е. Діарея.
4. У якому віці варто давати дитині в руку під час годування шматочок хліба?
- А. 7—8 міс.
 В. 5—6 міс.
 С. 11—12 міс.
 Д. 9—10 міс.
 Е. Після 1 року.
5. Годуючи 6-місячну дитину груддю, мати не повинна:
- А. Прикладати тільки до однієї грудної залози протягом дня

- В. Чергувати прикладання до правої і лівої грудної залози протягом дня
- С. Прикладати до обох грудних залоз протягом одного годування до повного насичення дитини
- Д. Обробляти грудну залозу в цей період не обов'язково
- Е. Зціджувати молоко, що залишилося, у цей період не рекомендується.
- 6. Температура суміші для годування з пляшечки становить:**
- A. 36 °C
- B. 37 °C
- C. 40 °C
- D. 34 °C
- E. Залежить від пори року.
- 7. До правил грудного вигодовування належить усе окрім:**
- A. Перше прикладання до груді повинне здійснюватися протягом 30 хв після народження за відсутності протипоказань
- B. Годування здійснюють на вимогу дитини
- C. Не обмежувати перебування дитини біля груді
- D. Перед годуванням мати повинна обробляти груди одним з антисептичних засобів.
- 8. У разі годування з пляшечки необхідно дотримувати таких умов:**
- A. Молоко повинне частково (під кутом 45°) заповнювати соску
- B. Молоко повинне частково (під кутом 45°) заповнювати горло пляшечки
- C. Молоко повинне повністю заповнювати соску і горло пляшечки
- D. Годування здійснювати з перервами.
- 9. Пляшечки для штучного вигодовування у стаціонарі треба обробляти:**
- A. Розчином калію перманганату
- B. 2 % розчином натрію гідрокарбонату, а потім кип'ятити або прожарювати у сухожаровій шафі
- C. Ошпарювати окропом
- D. Замочувати в хлораміні на 5 хв
- E. Обробляти 0,5 % розчином хлораміну.

Тестові завдання до теми 23

Техніка проведення антропометричних вимірювань у дітей різного віку

- 1. Під час вимірювання обводу голови сантиметрову стрічку накладають:**
- A. Спереду на рівні середини лобової кістки, позаду — у верхній третині потилиці
- B. Спереду по надбрівних дугах, позаду на ділянці потилиці, що найбільше виступає
- C. Спереду посередині лобової кістки, позаду на ділянці потилиці, що найбільше виступає
- D. Збоку посередині вušних раковин
- E. Спереду по межі росту волосся, позаду по верхній третині потилиці.
- 2. Антропометрію новонародженій дитині проводять:**
- A. Відразу після народження
- B. Після першого туалету
- C. Відразу ж після перетискання пупкового канатика
- D. Тільки після відходження меконію
- E. Не раніше ніж через 2 год після народження.
- 3. Вимірювання обводу стегна проводять:**
- A. Під сідничою складкою
- B. У середній третині стегна
- C. У нижній третині стегна
- D. У ділянці колінного суглоба
- E. Від великого вертлюга до колінного суглоба.
- 4. До основних показників фізичного розвитку дітей не належить:**
- A. Еластичність шкіри
- B. Ріст
- C. Маса тіла
- D. Обвід голови
- E. Обвід грудної клітки.
- 5. Для вимірювання обводу грудної клітки сантиметрову стрічку накладають:**

- А. Позаду на рівні верхньої третини лопатки, спереду на рівні ключиць
 В. Позаду під кутом лопатки, спереду на рівні IV ребра
 С. Спереду на рівні ключиць, позаду під кутом лопатки
 Д. Залежить від віку
 Е. Спереду по сосках, позаду по верхньому краю лопатки.
6. Вимірювання обводу гомілки проводять у ділянці:
 А. Мінімального обсягу литкового м'яза
 В. Нижньої третини гомілки
 С. Максимального обсягу литкового м'яза
 Д. Надп'яtkово-гомілкового суглоба
 Е. Під колінною складкою.
7. Який із перелічених методів оцінювання фізичного розвитку є методом соматоскопії?
 А. Вимірювання зросту
 В. Вимірювання маси тіла
 С. Визначення тургору м'яких тканин
 Д. Вимірювання обводу грудної клітки
 Е. Вимірювання обводу голови.
8. Під час вимірювання зросту дітей старшого віку дитина не повинна торкатися до вертикальної планки ростоміра:
 А. Шиєю
 В. Потилицею
 С. Лопатками
 Д. П'ятками
 Е. Сідницями.
9. До антропометричних вимірювань не належить:
 А. Зріст
 В. Обвід живота
 С. Маса тіла
 Д. Обвід грудної клітки
 Е. Об'єм рухів суглобів.
10. До якого віку дитина повинна подвоїти масу тіла?
 А. 4 міс.
 В. 3 міс.
 С. 6 міс.
 Д. 7 міс.
 Е. 9 міс.

Еталони відповідей

ДО ТЕМИ 1–2

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань: 1–В, 2–А, 3–С, 4–Е, 5–А, 6–В, 7–Е, 8–Е, 9–С, 10–В, 11–Д, 12–А, 13–Е, 14–Д, 15–С, 16–С, 17–Е, 18–В, 19–А, 20–Д, 21–В, 22–А, 23–Е, 24–Е.

Тестові завдання для контролю кінцевого рівня знань: 1–А, 2–Е, 3–С, 4–А, 5–Д, 6–В, 7–А, 8–Е, 9–А, 10–Д, 11–С, 12–Е, 13–А, 14–В, 15–А, 16–Д, 17–А, 18–А, 19–А.

ДО ТЕМИ 3

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань: 1–А, 2–Д, 3–А, 4–С, 5–А, 6–В, 7–А, 8–С, 9–А, 10–А, 11–С, 12–Д, 13–А, 14–В, 15–А, 16–Е, 17–Д, 18–А, 19–В, 20–Д, 21–А, 22–Д, 23–А, 24–А, 25–С, 26–А, 27–А, 28–В, 29–А.

Тестові завдання для контролю кінцевого рівня знань: 1–Е, 2–В, 3–А, 4–В, 5–С, 6–А, 7–С, 8–В, 9–Д, 10–А, 11–А,

12–Е, 13–В, 14–Д, 15–А, 16–С, 17–Д, 18–А, 19–А, 20–А.

ДО ТЕМИ 4

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань: 1–А, 2–В, 3–В, 4–А, 5–А, 6–Е, 7–А, 8–С, 9–А, 10–В, 11–С, 12–А, 13–В, 14–А, 15–С, 16–А, 17–В.

Тестові завдання для контролю кінцевого рівня знань: 1–А, 2–В, 3–С, 4–В, 5–А, 6–С, 7–Д, 8–А, 9–С, 10–Е, 11–А, 12–А, 13–С, 14–А, 15–А, 16–А, 17–А, 18–А, 19–А, 20–А.

ДО ТЕМИ 5

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань: 1–А, 2–В, 3–С, 4–А, 5–А, 6–Д, 7–А, 8–В, 9–Е, 10–А, 11–В, 12–Д, 13–С, 14–А, 15–А, 16–Е, 17–В, 18–В, 19–Д, 20–Е, 21–А, 22–А, 23–А, 24–С.
 Тестові завдання для контролю кінцевого рівня знань: 1–Е, 2–В, 3–С, 4–А, 5–А, 6–В.

7—С, 8—Е, 9—А, 10—А, 11—D, 12—С, 13—Е, 14—А, 15—В, 16—С, 17—С, 18—А.

ДО ТЕМИ 6

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань: 1—В, 2—Е, 3—D, 4—С, 5—А, 6—А, 7—В, 8—С, 9—А, 10—А, 11—А, 12—Е, 13—С, 14—В, 15—А, 16—С, 17—D, 18—Е, 19—А, 20—В, 21—А, 22—А, 23—В, 24—В, 25—С, 26—А, 27—А.

Тестові завдання для контролю кінцевого рівня знань: 1—А, 2—В, 3—Е, 4—Е, 5—D, 6—А, 7—А, 8—D, 9—С, 10—Е, 11—А, 12—А, 13—А, 14—В, 15—В, 16—С, 17—А, 18—А, 19—А.

ДО ТЕМИ 7

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань: 1—С, 2—А, 3—Е, 4—А, 5—В, 6—С, 7—А, 8—В, 9—С, 10—D, 11—Е, 12—А, 13—Е, 14—В, 15—D, 16—D, 17—А, 18—С, 19—В, 20—D, 21—Е, 22—В, 23—А, 24—С, 25—Е, 26—С, 27—В, 28—Е, 29—В, 30—С, 31—D, 32—С, 33—С, 34—D, 35—А, 36—В, 37—D, 38—А, 39—В, 40—В, 41—А, 42—С, 43—С, 44—А, 45—Е, 46—В, 47—В, 48—D, 49—D.

Тестові завдання для контролю кінцевого рівня знань: 1—D, 2—А, 3—А, 4—В, 5—А, 6—С, 7—А, 8—А, 9—А.

ДО ТЕМИ 8

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань: 1—В, 2—С, 3—А, 4—А, 5—В, 6—Е, 7—D, 8—D, 9—А, 10—А, 11—А, 12—С, 13—С, 14—D, 15—D, 16—А, 17—А, 18—Е, 19—С, 20—В, 21—А, 22—А, 23—С.

Тестові завдання для контролю кінцевого рівня знань: 1—А, 2—В, 3—А, 4—В, 5—Е, 6—С, 7—D, 8—А, 9—С, 10—Е, 11—Е, 12—А, 13—D, 14—А, 15—А, 16—Е, 17—В.

ДО ТЕМИ 9

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань: 1—D, 2—С, 3—Е, 4—В, 5—А, 6—С, 7—D, 8—А, 9—С, 10—Е, 11—А, 12—А, 13—С, 14—D, 15—В, 16—В, 17—А.

18—В, 19—Е, 20—А, 21—С, 22—Е, 23—А, 24—D, 25—Е, 26—А, 27—В, 28—А, 29—С, 30—А, 31—А, 32—В, 33—С, 34—А, 35—Е, 36—А, 37—А, 38—В, 39—А, 40—А, 41—D, 42—С, 43—Е.

Тестові завдання для контролю кінцевого рівня знань: 1—А, 2—С, 3—Е, 4—D, 5—А, 6—А, 7—А, 8—Е, 9—Е, 10—А, 11—D, 12—В, 13—D, 14—Е, 15—А, 16—С, 17—В, 18—А, 19—Е, 20—А, 21—А, 22—В, 23—С, 24—А, 25—А, 26—D.

ДО ТЕМИ 10

1—D, 2—С, 3—В, 4—А, 5—Е, 6—А, 7—С, 8—А, 9—А.

ДО ТЕМИ 11

1—С, 2—С, 3—С, 4—С, 5—Е, 6—Е, 7—Е, 8—В, 9—D, 10—В, 11—Е, 12—D, 13—D, 14—В, 15—С.

ДО ТЕМИ 12

1—А, 2—В, 3—С, 4—С, 5—В, 6—А, 7—Е, 8—D, 9—D, 10—В, 11—D, 12—Е, 13—В, 14—А, 15—В, 16—А, 17—С, 18—Е, 19—А, 20—А.

ДО ТЕМИ 13

1—С, 2—В, 3—D, 4—Е, 5—AD, 6—В, 7—Е, 8—В, 9—В, 10—А, 11—В, 12—А, 13—С, 14—С, 15—Е, 16—С, 17—В, 18—Е, 19—D, 20—D, 21—В, 22—D, 23—D, 24—В.

ДО ТЕМИ 14

1—В, 2—В, 3—В, 4—Е, 5—С, 6—С, 7—А, 8—А, 9—D, 10—С, 11—С, 12—В, 13—В, 14—D, 15—В, 16—Е, 17—Е, 18—А.

ДО ТЕМИ 15

1—D, 2—Е, 3—В, 4—С, 5—С, 6—В, 7—D, 8—С, 9—А, 10—В, 11—А, 12—Е, 13—D.

ДО ТЕМИ 16

1—D, 2—D, 3—А, 4—С, 5—D, 6—Е, 7—Е, 8—D, 9—С, 10—С, 11—А, 12—С, 13—D, 14—В, 15—Е, 16—В, 17—D, 18—Е, 19—Е.

20—Е, 21—А, 22—А, 23—Е, 24—С, 25—А,
26—В, 27—В, 28—С, 29—D, 30—Е, 31—В,
32—С, 33—В, 34—А, 35—В, 36—А, 37—В,
38—D.

ДО ТЕМИ 17

1—В, 2—А, 3—Е, 4—D, 5—D, 6—D, 7—С,
8—D, 9—Е, 10—В.

ДО ТЕМИ 18

1—С, 2—D, 3—А, 4—А, 5—В, 6—Е, 7—А,
8—А, 9—А, 10—А.

ДО ТЕМИ 19

1—В, 2—Е, 3—А, 4—В, 5—D, 6—В, 7—А,
8—В, 9—В, 10—В.

ДО ТЕМИ 20

1—С, 2—А, 3—Е, 4—В, 5—В, 6—С, 7—В,
8—В, 9—А, 10—D.

ДО ТЕМИ 21

1—А, 2—Е, 3—D, 4—Е, 5—D, 6—А, 7—А,
8—В, 9—D, 10—А.

ДО ТЕМИ 22

1—В, 2—D, 3—А, 4—А, 5—А, 6—В, 7—D,
8—С, 9—В.

ДО ТЕМИ 23

1—В, 2—Е, 3—А, 4—А, 5—В, 6—С, 7—С,
8—В, 9—В, 10—С.

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ З ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ “ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ”

1. Приготувати відповідний дезінфекційний розчин та провести санітарну обробку приліжкових тумбочок і підвіконь у палаті.
2. Приготувати відповідний дезінфекційний розчин та провести вологе прибирання маніпуляційного кабінету.
3. Приготувати відповідний дезінфекційний розчин та провести обробку медичного приладдя для багаторазового використання (банок, термометра, наконечників для клізми, підкладного судна).
4. Провести розпитування хворого та заповнити титульну сторінку історії хвороби.
5. Провести вимірювання температури тіла у хворого в пахвовій ямці та оформити температурний листок.
6. Провести огляд хворого на наявність корости та педикульозу.
7. Провести вимірювання зросту пацієнта стоячи, сидячи, визначити масу тіла та розрахувати індекс маси тіла.
8. Підготувати гігієнічну ванну для санітарної обробки хворого, провести її обробку та дезінфекцію після користування.
9. Продемонструвати методику транспортування хворого на ношах та перекладання його на ліжко.
10. Продемонструвати навички користування функціональним ліжком та надання відповідних положень хворому у разі нападу ядухи та при колапсі.
11. Провести розпитування хворого та виділити основні скарги.
12. Дослідити у хворого пульс на променевих артеріях, зробити висновок про основні його властивості.
13. Дослідити у хворого пульс на нижніх кінцівках, зробити висновок про його відповідність нормі.
14. Виміряти хворому артеріальний тиск, зробити висновок про його відповідність нормі.
15. Провести дослідження дихання у показового хворого, зробити висновок про основні його властивості.
16. На бланку температурного листка відмітити запропоновані викладачем показники пульсу, артеріального тиску, температури тіла, зробити висновок про відповідність їх нормі та про тип температурної кривої.
17. Провести переміну натільної та постільної білизни лежачому хворому.
18. Розкласти на демонстраційному столі запропоновані лікарські засоби по групах за способом уведення, назвати основні способи введення препаратів.
19. Продемонструвати на муляжі методику закапування крапель у вуха, ніс, очі.
20. Підготувати необхідні розчини та продемонструвати правила поводження з одноразовим шприцом після його застосування.
21. Підготувати необхідні засоби та продемонструвати методику накладання зігрівально-го комплексу.

22. Продемонструвати методику підготовки гумової грілки та мішура з льодом і користування ними.
23. Продемонструвати методику застосування гірчичників.
24. Продемонструвати методику годування хворого, прикутого до ліжка.
25. Приготувати необхідне обладнання для очисної клізми, продемонструвати методику її застосування на муляжі.
26. Продемонструвати на муляжі методику користування підкладним судном та сечоприймачем у хворих чоловічої та жіночої статі.
27. Підготувати посуд для взяття аналізу сечі за методом Зимницького, дати відповідні вказівки хворому.
28. Підготувати необхідні засоби та провести гігієну порожнини рота, носа та вух тяжкохворому.
29. Підготувати необхідні засоби та провести профілактику пролежнів.
30. Продемонструвати методику проведення реанімаційних заходів (штучна вентиляція легенів, непрямий масаж серця) на фантомі.

ЗАКОН УКРАЇНИ
“Основи законодавства України про охорону здоров’я”
№ 2801-XII від 19.11.1992 р.

Витяг

Розділ V. Лікувально-профілактична допомога

Стаття 33. Забезпечення лікувально-профілактичною допомогою

Громадянам України надається лікувально-профілактична допомога поліклініками, лікарнями, диспансерами, клініками науково-дослідних інститутів та іншими акредитованими закладами охорони здоров’я, службою швидкої медичної допомоги, а також окремими медичними працівниками, які мають відповідний дозвіл (ліцензію).

Для забезпечення лікувально-профілактичною допомогою громадян України, які мають відповідні пільги, встановлені законодавством, створюються спеціальні лікувально-профілактичні заклади.

Стаття 34. Лікуючий лікар

Лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником закладу охорони здоров’я чи його підрозділу. Обов’язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта. Пацієнт має право вимагати заміни лікаря.

Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров’я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров’ю населення.

Лікар не несе відповідальності за здоров’я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Стаття 35. Види лікувально-профілактичної допомоги

Держава гарантує надання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги. Первинна лікувально-профілактична допомога надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування рідкісних захворювань.

Стаття 36. Направлення хворих на лікування за кордон

Громадяни України можуть направитися для лікування за кордон у разі необхідності надання того чи іншого виду медичної допомоги хворому та неможливості її надання в закладах охорони здоров'я України.

Державні органи зобов'язані сприяти виїзду громадян України за кордон і перебуванню там у період лікування.

Порядок направлення громадян України за кордон для лікування встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Стаття 37. Надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях

Медичні працівники зобов'язані надавати першу невідкладну допомогу при нещасних випадках і гострих захворюваннях. Медична допомога забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності з подальшим відшкодуванням витрат.

У невідкладних випадках, коли надання медичної допомоги через відсутність медичних працівників на місці неможливе, підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані забезпечувати транспортом для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу. У цих випадках першу невідкладну допомогу також повинні надавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями.

У разі загрози життю хворого медичні працівники та інші громадяни мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою надання невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад.

Надання безплатної допомоги громадянам в екстремальних ситуаціях (стихийне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) покладається насамперед на спеціалізовані бригади постійної готовності служби екстреної медичної допомоги з відшкодуванням необхідних витрат місцевих закладів охорони здоров'я в повному обсязі за рахунок централізованих фондів.

Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей, сприяли наданню медичної допомоги, гарантується у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безплатне лікування та матеріальна компенсація шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну.

Відповідальність за несвоєчасне і неякісне забезпечення надання медичної допомоги, що призвело до тяжких наслідків, несуть органи влади і спеціальні заклади, які обслуговують лікувальні заклади.

Стаття 38. Вибір лікаря і лікувального закладу

Кожний пацієнт має право вільного вибору лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги.

Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому державному лікувально-профілактичному закладі за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

Стаття 39. обов’язок надання медичної інформації

Лікар зобов’язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров’я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі — наявності ризику для життя і здоров’я.

Пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування.

В особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров’ю пацієнта, лікар може її обмежити. У цьому разі він інформує членів сім’ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані.

Стаття 40. Лікарська таємниця

Медичні працівники та інші особи, яким у зв’язку з виконанням професійних або службових обов’язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимний і сімейний бік життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості крім передбачених законодавчими актами випадків.

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

Стаття 41. звільнення від роботи на період хвороби

На період хвороби з тимчасовою втратою працездатності громадянам надається звільнення від роботи з виплатою допомоги із соціального страхування у встановленому законодавством України порядку.

Стаття 42. Загальні умови медичного втручання

Медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов’язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров’ю пацієнта.

Медичне втручання, пов’язане з ризиком для здоров’я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров’я пацієнта іншими методами неможливе.

Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визнаються допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково-обґрунтованим вимогам, спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров’ю пацієнта, застосовуються за інформованою згодою пацієнта про їх можливі шкідливі наслідки, а лікар вживає всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди життю та здоров’ю пацієнта.

Стаття 43. Згода на медичне втручання

Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного у встановленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників. (Частина перша статті 43 в редакції Закону № 1489-111 від 22.02.2000 р.)

У невідкладних випадках, коли існує реальна загроза життю хворого, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна.

Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

Додаток 2

ЗАКОН УКРАЇНИ
№ 2341-111 від 05.04.2001 р.
“Кримінальний кодекс України”

Витяг

Загальна частина

Розділ II

Злочини проти життя та здоров'я особи

Стаття 130. Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби

1. Свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, — карається арештом на строк до трьох місяців або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на строк до трьох років.

2. Зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини, чи вірусом іншої невиліковної інфекційної хвороби особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу, — карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

3. Дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені щодо двох чи більше осіб або неповнолітнього, — караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років.

4. Умисне зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи вірусом іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, — карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

Стаття 131. Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби

1. Неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов'язків унаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи вірусом іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило зараження двох чи більше осіб, — карається позбавленням волі на строк від трьох до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Стаття 132. Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби

Розголошення службовою особою лікувального закладу, рядовим працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи вірусом іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, — карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Стаття 133. Зараження венеричною хворобою

1. Зараження іншої особи венеричною хворобою особою, яка знала про наявність у неї цієї хвороби, — карається виправними роботами на строк до двох років, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк.

2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені особою, раніше судимою за зараження іншої особи венеричною хворобою, а також зараження двох чи більше осіб або неповнолітнього, — караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років.

3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, якщо вони спричинили тяжкі наслідки, — караються позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

Стаття 134. Незаконне проведення аборту

1. Проведення аборту особою, яка не має спеціальної медичної освіти, — карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від ста до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років.

2. Незаконне проведення аборту, якщо воно спричинило тривалий розлад здоров'я, безплідність або смерть потерпілої, — карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк, із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Стаття 135. Залишення в небезпеці

1. Завідоме залишення без допомоги особи, яка перебуває в небезпечному для життя стані і позбавлена можливості вжити заходів до самозбереження через малолітство, старість, хворобу або внаслідок іншого безпорадного стану, якщо той, хто залишив без допомоги, зобов'язаний був піклуватися про цю особу і мав змогу надати їй допомогу, а також у разі, коли він сам поставив потерпілого в небезпечний для життя стан, — карається обмеженням волі на строк до двох років або позбавленням волі на той самий строк.

2. Ті самі дії, вчинені матір'ю стосовно новонародженої дитини, якщо матір не перебувала в обумовленому пологами стані, — караються обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк.

3. Діяння, передбачені частинами першою або другою цієї статті, якщо вони спричинили смерть особи або інші тяжкі наслідки, — караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років.

Стаття 136. Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані

1. Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан особи належним установам чи особам, якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження, карається штрафом від двохсот до п'ятисот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців.

2. Ненадання допомоги малолітньому, який завідомо перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан дитини належним установам чи особам — карається штрафом від п'ятисот до тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років.

3. Діяння, передбачені частинами першою або другою цієї статті, якщо вони спричинили смерть потерпілого, караються обмеженням волі на строк від трьох до п'яти років або позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

Стаття 137. Неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей

1. Невиконання або неналежне виконання професійних чи службових обов'язків щодо охорони життя та здоров'я неповнолітніх внаслідок недбалого або несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило істотну шкоду здоров'ю потерпілого, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Ті самі дії, якщо вони спричинили смерть неповнолітнього або інші тяжкі наслідки, — караються обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Стаття 138. Незаконна лікувальна діяльність

Заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, — карається виправними роботами на строк до двох років або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років.

Стаття 139. Ненадання допомоги хворому медичним працівником

1. Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний згідно з установленими правилами надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або виправними роботами на строк до двох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі наслідки, — карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Стаття 140. Неналежне виконання професійних обов’язків медичним або фармацевтичним працівником

1. Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов’язків унаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, — карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п’яти років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки неповнолітньому, — карається обмеженням волі на строк до п’яти років або позбавленням волі на строк до трьох років із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Стаття 141. Порушення прав пацієнта

Проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта або його законного представника, або стосовно неповнолітнього чи недієздатного, якщо ці дії спричинили смерть чи інші тяжкі наслідки, — карається обмеженням волі на строк від трьох до п’яти років або позбавленням волі на той самий строк.

Стаття 142. Незаконне проведення дослідів над людиною

1. Незаконне проведення медико-біологічних, психологічних або інших дослідів над людиною, якщо це створювало небезпеку для її життя чи здоров’я, — карається штрафом до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до чотирьох років із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього, двох або більше осіб, шляхом примушування або обману, а так само, якщо вони спричинили тривалий розлад здоров’я потерпілого, — караються обмеженням волі на строк до п’яти років або позбавленням волі на той самий строк із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Стаття 143. Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини

1. Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини — карається штрафом до п’ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

2. Вилучення у людини шляхом примушування або обману її органів або тканин з метою їх трансплантації — карається обмеженням волі на строк до трьох років або

позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

3. Дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені щодо особи, яка перебувала в безпорадному стані або в матеріальній чи іншій залежності від винного, — караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

4. Незаконна торгівля органами або тканинами людини — карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк.

5. Дії, передбачені частинами другою, третьою чи четвертою цієї статті, вчинені за попередньою змовою групою осіб, або участь у транснаціональних організаціях, які займаються такою діяльністю, — караються позбавленням волі на строк від п'яти до семи років із позбавленням права обіймати певні посади і займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Стаття 144. **Насильницьке донорство**

1. Насильницьке або шляхом обману вилучення крові у людини з метою використання її як донора — карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років і штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян чи без такого.

2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього або особи, яка перебувала в безпорадному стані чи в матеріальній залежності від винного, — караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

3. Дії, передбачені частинами першою і другою цієї статті, вчинені за попередньою змовою групою осіб або з метою продажу, — караються позбавленням волі на строк до п'яти років із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Стаття 145. **Незаконне розголошення лікарської таємниці**

Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років.

НАКАЗИ ТА ІНСТРУКЦІЇ МОЗ УКРАЇНИ

НАКАЗ МОЗ України

“Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД” № 120 від 25 травня 2000 року

Витяг

...з метою удосконалення організації медичної допомоги особам з ВІЛ-інфекцією та хворим на СНІД

н а к а з у ю :

1. Затвердити:

1.1. Інструкцію з організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД (додається).

1.2. Інструкцію з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією (додається).

1.3. Порядок профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ та попередження розповсюдження ВІЛ в акушерських стаціонарах (додається).

2.4. **Заборонити** в лікувально-профілактичних закладах вигодовувати немовлят донорським грудним молоком.

2.5. Забезпечити:

— організацію надання невідкладної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД у всіх лікувально-профілактичних закладах;

— усі лікувально-профілактичні заклади аптечками для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу, склад яких затверджено Інструкцією з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією цього наказу;

— створення лабораторії для визначення імунологічного стану та діагностики опортуністичних інфекцій;

— медичний огляд вагітних під час узяття їх на облік та перед пологами шляхом обстеження на наявність антитіл до ВІЛ (за їх добровільною згодою);

— дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, адаптованими молочними сумішами відповідно до постанови Кабінету Міністрів України “Про додаткові соціальні гарантії для малозабезпечених сімей з хворими дітьми та з дітьми першого і другого року життя” № 66 від 08.02.94;

— щорічне санаторно-курортне лікування ВІЛ-інфікованих дітей на базі місцевих санаторіїв;

— підготовку медичного персоналу та проведення санітарно-освітньої роботи серед педагогічного персоналу дитячих дошкільних та шкільних закладів щодо питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та особливостей перебування ВІЛ-інфікованих дітей в організованих дитячих колективах;

— запровадження в усіх лікувально-профілактичних закладах форми облікової звітності № 108-0 “Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом”.

2.6. Організувати спеціалізовані відділення (палати):

2.6.1. В інфекційних лікарнях, у тому числі дитячих — для госпіталізації пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом (дітей та дорослих), які не вживають наркотики ін'єкційно.

2.6.2. У наркологічних диспансерах (лікарнях) — для госпіталізації пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій. Увести в цих закладах посади лікарів-інфекціоністів з розрахунку 1 посада на 20 ліжок відділення для лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

2.6.3. У протитуберкульозних диспансерах, туберкульозних лікарнях, у тому числі дитячих, — для проведення стаціонарного лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД з активними формами туберкульозу. Увести в цих закладах посади лікарів-інфекціоністів з розрахунку 1 посада на 20 ліжок відділення для лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

4.2. Унесення до 01.01.2001 до програми до- та післядипломної підготовки лікарів та середніх медичних працівників питань профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу.

ІНСТРУКЦІЯ

з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією

Затверджено наказом МОЗ України "Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД" № 120 від 25 травня 2000 р.

1. Кожен, хто звертається за медичною допомогою, повинен розглядатися як потенційний носій вірусу імунодефіциту людини.

2. Кожне робоче місце медичного керівника забезпечується засобами запобігання передачі вірусу імунодефіциту людини від можливого вірусоносія або хворого на СНІД іншим пацієнтам, медичному і технічному персоналу.

3. Робочі місця лікувально-профілактичних медичних закладів забезпечуються інструктивно-методичними документами, аптечками для проведення термінової профілактики при аварійних ситуаціях, необхідним набором медичного інструментарію для одноразового використання, дезінфекційними засобами для проведення знезараження.

4. Медичний інструментарій, а також посуд, білизна, апарати та ін., забруднені кров'ю, біологічними рідинами, за винятком сечі, слини, випорожнень у зв'язку з невеликою кількістю вірусів, що практично унеможливує інфікування (надалі — біологічні рідини), та речі, які забруднені слизом, відразу після використання підлягають дезінфекції згідно з вимогами нормативної документації. Режим знезараження аналогічний тим, які використовуються для профілактики зараження вірусним гепатитом.

5. Медичні працівники зобов'язані бути обережними під час проведення маніпуляцій з ріжучим та колючим інструментом (голками, скальпелями, ножицями та ін.).

6. Для уникнення поранень після використання шприців голки з них не знімають до дезінфекції. Перед занурюванням шприца у дезрозчин виймають тільки поршень.

7. Бригади швидкої та невідкладної допомоги забезпечуються ємкістю для збору використаних шприців, виготовлених з матеріалу, який не проколюється.

8. Забороняється використовувати для взяття крові та інших біологічних рідин скляні предмети з відбитими краями.

9. При маніпуляціях, які супроводжуються порушенням цілості шкіри і слизових оболонок під час розтину трупів, проведення лабораторних досліджень, обробки інструментарію і білизни, прибирання та ін., медичні працівники та технічний персонал користуються засобами індивідуального захисту (хірургічними халатами, гумовими рукавичками, масками, а в разі потреби — захисним екраном, непромокальними фартухами, окулярами та ін.).

10. Перед надіванням гумових рукавичок шкіру біля нігтів слід обробити 5% спиртовим розчином йоду.

11. Медичні працівники з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри рук, які неможливо закрити лейкопластиром або гумовими рукавичками, на період захворювання звільняються від безпосереднього медичного обслуговування хворих і контактування з предметами догляду за ними.

12. Ємності з кров'ю, іншими біологічними рідинами, біоматеріалами (тканинами, шматочками органів тощо) відразу після взяття щільно закриваються гумовими або пластмасовими корками.

13. Рідини, кров та інші біоматеріали транспортуються в штативах, покладених в контейнери, бікси або пенали, дно яких вистеляється чотиришаровою сухою серветкою.

14. Транспортування проб крові та інших біоматеріалів з лікувальних закладів до лабораторій, які розташовані за межами цих закладів, здійснюється тільки в контейнерах (біксах, пеналах).

15. Не допускається транспортування проб крові та інших біоматеріалів у картонних коробках, дерев'яних ящиках, поліетиленових пакетах.

Пам'ятка

для медичних працівників щодо профілактики професійного зараження гострими вірусними гепатитами В, С та СНІДом

1. Усі маніпуляції, під час яких можливе забруднення рук кров'ю або сироваткою, слід проводити тільки в гумових рукавичках.

2. Під час роботи всі ушкодження на руках повинні бути закриті напальниками та лейкопластиром.

3. За наявності загрози розбризкування крові та сироватки і потрапляння їх на обличчя слід працювати в масках та захисних шитках або окулярах.

4. Медперсоналу забороняється курити, споживати їжу та питво у приміщеннях, де проводяться процедури, пов'язані з контактуванням з біологічними рідинами.

5. Розбирання, миття та споліскування медичного інструментарію, що контактував із кров'ю та сироваткою, слід проводити тільки після попередньої дезінфекції їх у гумових рукавичках.

6. Після будь-якої процедури з порушенням цілості шкірних покривів (взяття крові, ін'єкції, інфузії тощо) слід проводити ретельне обробляння рук: гігієнічну дезінфекцію та дворазове миття рук з милом під проточною водою з подальшим висушуванням індивідуальним рушником або одноразовими серветками.

7. Поверхні робочих столів у кімнці зміни, а також у разі забруднення кров'ю або сироваткою слід негайно обробляти 3% розчином хлораміну.

8. Всі вироби медичного призначення, на яких залишилися або могли залишитись біологічні рідини, після використання мають бути продезінфіковані.

**Дії медперсоналу в аварійних ситуаціях,
під час яких можливе внутрішньолікарняне інфікування гострими вірусними
гепатитами В, С та СНІДом**

1. При забрудненні шкіри біологічними рідинами (кров'ю та секретами) на відкритих ділянках тіла її обробляють дезінфекційним розчином або 70° етиловим спиртом, миють з милом та повторно обробляють 70° етиловим спиртом.

2. При потраплянні біологічних рідин на слизові оболонки: очей — негайно промити 0,05% розчином калію перманганату або проточною водою з наступним закапуванням 1% розчином азотнокислого срібла; ротової порожнини — терміново прополоскати 70° етиловим спиртом або 0,05% розчином калію перманганату.

3. При ушкодженні шкіри (порізи, уколи) гострим інструментарієм, на якому залишилися або потенційно могли залишитися біологічні рідини (кров, сироватка), слід негайно видавити кров з ранки, зняти рукавички і занурити їх у дезінфекційний розчин, руки ретельно вимити з милом, обробити їх 70° етиловим спиртом, рану змастити 5% розчином йоду. Заклеїти пластиром, надягти напальник (при ушкодженні пальців рук) та цілі гумові рукавички.

4. При потраплянні матеріалу на одяг: місце забруднення обробити дезінфекційним розчином, потім цей одяг замочити в дезінфекційному розчині. Шкіру під забрудненим одягом обробити 70 % етиловим спиртом.

5. При потраплянні матеріалу на взуття його негайно обробляють серветкою, змоченою дезінфекційним розчином.

6. При потраплянні матеріалу на предмети довкілля (меблі, стіни, підлогу та ін.) забруднене місце залити дезінфекційним розчином, а потім протерти серветкою, змоченою в ньому.

7. Усі випадки аварійних ситуацій повинні бути зафіксовані у спеціальних журналах і доведені до відома адміністрації закладу.

Укладка аптечки "АнтиСНІД"

1. 70° етиловий спирт
2. 5 % спиртовий розчин йоду
3. Наважки сухого калію перманганату по 0,5 г (у разі потреби наважку розчинити в 1 л дистильованої води)
4. 1 % розчин борної кислоти або 1% розчин азотнокислого срібла для обробки очей
5. 1 % розчин протарголу для обробки носа
6. 6 % розчин водню пероксиду
7. Перев'язувальний матеріал
8. Піпетки
9. Ножиці
10. Лейкопластир
11. Напальники
12. Гумові рукавички
13. Стерильні ватні або марлеві кульки
14. Окуляри
15. Ємності на 1 л
16. Наважки хлораміну по 30 г

Наказ МОЗ СРСР
“Про заходи щодо зниження захворюваності
на вірусний гепатит у державі”

№ 408 від 12.07.1989 р.

З метою покращання діагностики, лікування та профілактики вірусних гепатитів,

з а т в е р д ж у ю:

1. Методичні вказівки “Епідеміологія і профілактика вірусного гепатиту А та вірусного гепатиту не А, не В з фекально-оральним механізмом передачі збудника”, Додаток 1.

2. Методичні вказівки “Епідеміологія і профілактика вірусного гепатиту В, дельта та не А, не В з парентеральним механізмом передачі збудника”, Додаток 2.

Додаток 1

Профілактичні
та протиепідемічні заходи

Основними профілактичними заходами при гепатитах А та не А, не В є санітарно-гігієнічні, спрямовані на розрив фекально-орального механізму передачі збудника, забезпечення населення доброякісною водою, безпечними в епідемічному відношенні продуктами харчування, створення умов, що гарантують дотримання санітарних правил і вимог, що їх висувають до заготівлі, транспортування, зберігання, технології приготування та реалізації продуктів харчування; забезпечення повсюдного і постійного протиепідемічного режиму в дитячих закладах, навчальних закладах; дотримання правил особистої гігієни, гігієнічне виховання населення.

Виходячи із цього, заклади санітарно-епідемічної служби повинні здійснювати такі заходи:

1. Контроль за станом усіх епідемічно значущих об'єктів (джерела водопостачання, водопровідна і каналізаційна мережі, об'єкти громадського харчування, торгівлі, дитячі навчальні та інші заклади);

2. Широке використання лабораторного контролю за об'єктами навколишнього середовища із застосуванням санітарно-бактеріологічних і санітарно-вірусологічних методів визначення коліфагів, ентеровірусів, антигену вірусу ГА;

3. Оцінка епідеміологічно значущих соціально-демографічних і природних процесів;

4. Оцінка зв'язку між захворюваністю і санітарно-гігієнічними умовами; прогнозування захворюваності;

5. Оцінка якості та ефективності проведених заходів.

Основою оперативного аналізу слугує інформація, що надходить до СЕС про всі випадки захворювань, що реєструються за первинним діагнозом. Оперативний аналіз захворюваності доцільно здійснювати за тижневим чи двотижневим інтервалом шляхом зіставлення поточного фактичного рівня з “нормативним” (контрольним) рівнем у роки із циклічними підвищеннями і зниженнями захворюваності.

Виявлення хворих на вірусні гепатити здійснюється лікарями і середніми медичними працівниками всіх закладів охорони здоров'я під час амбулаторного прийому,

відвідувань хворих на дому, під час періодичних оглядів населення, спостереження за особами, які спілкуються з хворими. При цьому важливо враховувати клінічні особливості початкового періоду, наявність стертих і безжовтячних форм, діагностика яких потребує особливої уваги. За відсутності жовтяниці та недостатньо виражених інших симптомів доцільно провести дослідження крові для визначення активності АлАТ і, якщо можливо, анти-ВГА класу IgM.

Усіх захворілих на гостру форму гепатиту А потрібно зареєструвати в СЕС.

Правила стерилізації і дезінфекції виробів медичного призначення

Методи, засоби та режим передстерилізаційного очищення, дезінфекції та стерилізації виробів медичного призначення

Витяг

1. ДЕЗІНФЕКЦІЯ ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ

1.1. Шприци, голки, інструментарій після використання промивають від залишків крові, сироватки та інших біологічних рідин в спеціально виділеній ємкості з дезінфекційним розчином (3 % розчин натрію гідрокарбонату, 3 % розчин хлораміну).

1.2. Після цього вироби медичного призначення кип'ятять у 3% розчині натрію гідрокарбонату (30 г натрію гідрокарбонату і 970 мл води) протягом 15 хв або в дистильованій воді протягом 30 хв. Після дезінфекції вироби ретельно миють під проточною водою.

1.3. Промивні води знезаражують кип'ятінням протягом 30 хв або засипають сухим хлорним вапном у співвідношенні 200 г на 1 л промивних вод, перемішують і залишають для знезаражування на 60 хв в ємності з кришкою.

2. ПЕРЕДСТЕРИЛІЗАЦІЙНЕ ОЧИЩЕННЯ

2.1. Передстерилізаційне очищення передбачає видалення з виробів білкових, жирових, механічних забруднень і залишків лікарських препаратів.

2.2. Після дезінфекції інструментарій замочують у мийному розчині, підігрітому до 50°, на 15 хв. Для приготування 1 л мийного розчину взяти: 200 г 3 % водню перокиду, 5 г мийного розчину ("Прогрес", "Астра", "Лотос"), 795 г дистильованої води.

2.3. Через 15 хв у цьому ж розчині йоржами миють по черзі всі частини інструментарію, витрачаючи на кожен предмет 25—30 с.

2.4. Вимиті предмети споліскують у проточній воді, потім протягом 30—40 с у дистильованій воді.

2.5. Перевірити якість передстерилізаційного очищення виробів на наявність крові шляхом постановки азопіранової і амідопіринової проб та фенолфталеїнової на наявність залишків лужних компонентів розчину.

2.6. Контролю підлягає 1% одночасно оброблених виробів одного найменування, але не менше 3—5 одиниць.

НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ
“Про поліпшення медичної допомоги хворим
із гнійними хірургічними хворобами і посилення заходів боротьби
з внутрішньолікарняною інфекцією”
“Профілактика внутрішньолікарняної інфекції в ЛПЗ
(хірургія, реанімація)”
№ 720 від 31.07.1978 р.

Витяг

1. САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИЙ РЕЖИМ У ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ

1.1. Дерев'яні шпательі після використання знищують, а металеві — знезаражують.

Термометри повністю занурюють в ємність з дезінфекційним розчином.

1.2. Після прийому кожного хворого клейонку обов'язково протирають ганчіркою, змоченою в дезінфекційному розчині.

1.3. Як засіб для дезінфекції рук застосовують 80 % етиловий спирт, 0,5 % розчин хлорексидину біглоконату в 70 % етиловому спирті, 0,5 % (0,125 % за активним хлором) розчин хлораміну.

1.4. Шітки для обробки рук миють і кип'ятять у 2 % розчині натрію гідрокарбонату протягом 15 хв. Чисті шітки зберігають у стерильних біксах, за необхідності виймають стерильним корнцангом.

1.5. Для кожного члена чергової бригади виділяють індивідуальний рушник, який перемінюють не менше 1 разу на добу.

1.6. Хворий проходить санітарну обробку в приймальному відділенні: приймає душ (або ванну) (за вказівкою лікаря), зрізує нігті.

1.7. Після санітарної обробки хворий надягає чисту лікарняну білизну, халат (піжаму), капці.

1.8. Мочалки для миття хворих, машинки для стрижки волосся, бритви та прибори для гоління, кусачки і ножиці для зрізання нігтів, наконечники для клізм і ванни — усі ці предмети знезаражуються.

1.9. Інвентар для прибирання (відра, тази тощо) маркують і використовують суворо за призначенням. Ганчір'я заготовляють і зберігають суворо на об'єктах обробки. Після використання інвентар знезаражують.

2. САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИЙ РЕЖИМ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ

1. Роздають їжу хворим буфетниці і чергові медичні сестри відділення в халатах з маркуванням “Для роздачі їжі”.

2. Вживання їжі хворими відділення (за винятком тяжкохворих) відбувається в спеціально виділеному приміщенні — їдальні.

3. Після кожного роздавання їжі проводять ретельне прибирання приміщень буфетної і їдальні з використанням розчинів дезінфікантів.

4. Мочалки для миття посуду та ганчір'я для протирання столів після закінчення прибирання кип'ятять або знезаражують, потім сушать і зберігають в спеціальній чистій тарі з кришкою.

НАКАЗ
“Про організацію та проведення заходів
по боротьбі з педикульозом”

№ 38 від 28.03.1994 р.

Витяг

З метою посилення і удосконалення заходів профілактики і боротьби з педикульозом:

н а к а з у ю:

Затвердити та ввести в дію Інструктивно-методичні вказівки щодо проведення протипедикульозних заходів (додається).

п р о п о н у ю:

1.1. Прийняти Інструктивно-методичні вказівки щодо проведення протипедикульозних заходів до неухильного виконання.

Затверджено
наказом МОЗ України
№ 38 від 28.03.94 р.

Інструктивно-методичні вказівки
щодо проведення протипедикульозних заходів

1. Епідеміологічне і санітарно-гігієнічне значення вошей.

На тілі людини паразитують три види вошей: платтяні, головні та лобкові. Ураження головними та платтяними вошами називається педикульозом, лобковими — фтиріозом.

Платтяні і головні є переносниками тифу, волинської гарячки та зворотного тифу.

Збудник епідемічного висипного тифу — рикетсії Провачека потрапляють у шлунок вошей разом з кров'ю хворого на висипний тиф, проникають в епітеліальні клітини шлунка і там розмножуються, накопичуючись у великих кількостях. У результаті бурхливого розмноження рикетсій клітини епітелію розриваються, збудник потрапляє у просвіт кишечника. Рикетсії виділяються назовні разом з фекальними масами. Зараження людини висипним тифом відбувається внаслідок втирання збудника у пошкоджену шкіру або кон'юнктиву ока. Воша набуває здатності бути заразною для людини через 4—7 днів після кровосмоктання на тілі хворого. Термін життя вошей, заражених р.Провачека, скорочується внаслідок того, що вони через 7—12 днів після зараження гинуть від рикетсіозної інфекції.

Воші, що насмокталися крові хворих на хворобу Бриля, можуть передавати рикетсії іншій людині, як і при епідемічному висипному тифі.

Механізм передачі збудника волинської гарячки такий самий, як і при висипному тифі, але воші, заражені збудником волинської гарячки, не гинуть.

Збудник зворотного тифу — спірохета Обеймейера потрапляє з кров'ю хворої людини в кишечник вошей, звідти вже через 15 хв переходить у гемолімфу і розмножується. Заразною воша стає вже через 5—6 днів, найбільшої небезпеки набуває на 8—21-й день. Людина заражається при роздушенні воші і попаданні гемолімфи, яка містить спірохети, у пошкоджену шкіру і слизові оболонки.

1.1. Відомості про біологію та екологію вошей.

Воші протягом свого життя перебувають на тілі людини і живляться її кров'ю, при своєму розвитку проходять 3 стадії: яйце-гнида, личинка і статевозріла воша. Яйце має довгасту форму (1,0—1,5 мм довжини), жовтувато-білого кольору, міцно склеєна з волоссям.

Личинка сірувато-коричневого кольору, пересувається за допомогою 3 пар лапок з кігтиками, що дозволяє їй міцно триматися на волоссі або тканині, в т. ч. синтетичній.

Дорослі воші сірувато-коричневого забарвлення, після кровосмоктання темніші, самиці більші за самців, пересуваються за допомогою 3 пар лапок з кігтиками.

Платтяна воша має довжину тіла: у самиці — 2,3—4,75 мм, самця — 2,1—3,7 мм. Живе у близьні людини, при великій кількості може селитися в одязі, постільній близьні, панчохах, взутті. Для кровосмоктання платтяні воші виходять на шкіру, для відкладання яєць скупчуються у найтепліших місцях — зборках, швах та інших. Самиця платтяної воші відкладає яйця купками по 6—14 штук на день (200—300 штук за життя). Яйця міцно з'єднані з тканиною. Тривалість життя воші — 32—46 діб.

Головна воша найчастіше живе у волосистій частині голови, в основному на скронях, потилиці, тім'ї, але може зустрічатися також на тілі, одязі, близьні. Самиця відкладає на волоссі до 4 яєць на день (150 яєць за життя), які біля кореня дуже міцно спаяні з волоссям за рахунок речовини, що виділяє самиця. Тривалість життя дорослих вошей 27—38 діб.

Лобкова воша (площиця) живе на волоссі лобка, бровах та інших волосистих частинах тіла, міцно утримуючись на шкірі, малорухома. Поза тілом господаря може жити не більше 12 год. Самиця відкладає по 3 яйця (50 за життя). Без харчів головна воша живе 24 год, платтяна — 7—10 діб, лобкова воша — 10 год. Розповсюджуються воші, переповзаючи від однієї людини на іншу при безпосередньому контакті, при користуванні спільними речами — одягом, близьною, головними уборами, гребінцями, шітками для волосся та інше. Збереженню завошивленості сприяють скупченість населення, порушення санітарно-гігієнічного режиму, а також невиконання правил особистої гігієни.

3. Організація та проведення протипедикульозних заходів.

Протипедикульозні заходи є частиною комплексу загальних заходів по дотриманню протиепідемічного і санітарно-гігієнічного режиму.

Робота по попередженню педикульозу і боротьбі з ним виконується згідно з Комплексним планом, розробленим і затвердженим керівниками органів охорони здоров'я та зацікавленими міністерствами і відомствами. Організаційно-методичну роботу по виявленню педикульозу виконують відділи особливо небезпечних інфекцій обласанепідстанцій, міськрайбассанепідстанцій, а роботу по ліквідації вогнищ — дезстанції і дезпідрозділи санепідстанцій. План узгоджується з місцевими органами влади. При розробці плану необхідно врахувати:

1. Забезпечення умов, необхідних для додержання санітарно-гігієнічних та протиепідемічних режимів в організованих дитячих колективах.

2. Організація та проведення планових оглядів населення (дитячі ясла, садки, дитячі будинки, будинки малюка, загально-освітні школи, школи-інтернати, профтехучилища, гуртожитки, установи соціального забезпечення, промислові та сільськогосподарські підприємства).

3. Санация вогнищ, дезобробка завошивлених осіб.
4. Забезпечення лікувальних установ, аптечної мережі, організованих колективів ефективними інсектицидними засобами.

5. Організація та проведення широкої санітарно-просвітницької роботи, навчання способам профілактики і боротьби з педикульозом широких верств населення методами усної пропаганди через засоби масової інформації.

З метою виявлення вогнищ педикульозу в плановому порядку проводяться огляди різних контингентів населення силами таких груп медпрацівників:

1. Всього населення — при проведенні диспансерних та профілактичних оглядів (кабінет долікарського огляду, КІЗ) та при кожному зверненні по меддопомогу, в тому числі при оформленні планової госпіталізації, обслуговуванні викликів вогнищ інфекційних захворювань та інше.

2. Дітей, що відвідують дитячі дошкільні установи — щоденно медперсонал разом з вихователями.

3. Учнів шкіл-інтернатів — щотижня перед і після кожного відвідування родини — медперсонал установи разом з вихователями.

4. Учнів загальноосвітніх шкіл та профтехучилищ — після кожних канікул за показаннями — вибірково — медперсонал з залученням вчителів.

5. Дітей, що проживають у будинках малюка, дитячих будинках, спецсанаторіях та інше — при надходженні, пізніше — щотижня в дні купання та при виписуванні — медперсонал із залученням вихователів. Огляду підлягає також і обслуговуючий персонал.

6. Дітей, що від'їжджають в оздоровчі табори, санаторії для навчання — комісійно педіатром та представниками дезстанцій, щотижня в період перебування, перед поверненням з нього, під час профоглядів.

7. Осіб при прийомі на лікування в стаціонари, будинки для осіб похилого віку, інтернати та інші спеціальні медичні установи — медперсонал приймального покою, протягом лікування — кожні 7—10 днів та при виписці — медперсонал відділень.

8. Колективів, що формуються по оргнабору, переселенців, студентських загонів — перед виїздом до місця роботи та при поселенні — медпрацівники, що обслуговують названі контингенти за рішенням місцевих органів охорони здоров'я.

9. Осіб, що ведуть безладний спосіб життя, — при затриманні органами внутрішніх справ, муніципальною міліцією — при розміщенні у відповідні установи — медпрацівники цих установ або за домовленістю медпрацівники територіальних органів охорони здоров'я.

10. Осіб, які спілкувалися з ураженими педикульозом, — протягом 24 год після виявлення вогнища — силами епівідділів санепідстанцій.

До проведення одночасних оглядів організованих контингентів за графіками і за епідемічними показниками рішенням територіального органу охорони здоров'я створюються бригади медпрацівників загальномедичної мережі, санепідслужби і представників відомств.

Для проведення оглядів на завошивленість в ЛПЗ дитячих і підліткових установах, оздоровчих установах, будинках престарілих рекомендовано виділити спеціальне приміщення з хорошим освітленням і відповідною укладкою (п. 7).

При виявленні педикульозу в організованих колективах проводять обов'язкове епідеміологічне розслідування. Обсяг та методи обробки вирішуються комісійно за

участю дезінфекціоніста, епідеміолога та санітарного лікаря, які курирують цю установу.

При проведенні оглядів на педикульоз реєстрацію людей, у яких він виявлений, здійснюють у журналі обліку та реєстрації інфекційних захворювань (ф.060у). Обліку підлягають особи, у яких при огляді вперше виявлені як життєздатні, так і нежиттєздатні воші в той же день з подальшим направленням екстреного повідомлення — (ф.058) у відповідному порядку.

У журналі обліку інфекційних захворювань (ф.060у) реєструються необхідні відомості у відповідності з позначенням граф, звернувши увагу на місце постійного проживання, роботи, навчання. У графі “Дата захворювання” — зазначають дату виявлення педикульозу. У графі “Діагноз і дата його встановлення” — зазначають діагноз основного захворювання, якщо педикульоз виявлено у хворого. У графі “Змінений уточнений діагноз і дата його встановлення” — зазначають вид педикульозу: головний, платтяний, змішаний, а також стадії розвитку вошей. У графі “Лабораторне дослідження та його результат” — зазначають дату, вид обробки і результати наступного контролю ефективності обробки. У графі “Примітка” зазначають випадки повторного виявлення педикульозу у даної людини, якщо протягом 12 міс. педикульоз у неї було виявлено неодноразово.

У звітних формах № 1, 2 подають випадки педикульозу (головного, платтяного, змішаного), вперше зареєстровані протягом звітного року. Випадки лобкового педикульозу не подаються. Вони підлягають реєстрації дерматовенерологічною службою, яка здійснює обробку завошивлених.

4. Профілактичні та винищувальні заходи.

З метою попередження завошивленості та її поширення в сім'ї або колективі проводяться профілактичні, гігієнічні заходи, які передбачають: регулярне миття тіла — не менше 1 разу на 7—10 днів, зміну білизни в цей же термін або в міру забруднення з відповідним пранням, щоденне розчісування волосся, систематичне очищення верхнього одягу, головних уборів, постелі, дотримання чистоти.

При виявленні вошей на будь-якому ступені розвитку (яйце, личинка, доросла воша) дезінсекцію проводять одночасно, знищуючи вошей безпосередньо як на голові, тілі людини, так і на її білизні, одязі та інше (протягом 1 доби).

Дезінсекцію завошивлених осіб проводять силами медперсоналу, що здійснює огляди, або спеціально виділеними для цієї мети особами:

- 1) у медичних установах — медперсоналом цих установ;
- 2) в організованих дитячих установах — медперсоналом цих установ.

Забороняється відмовляти у госпіталізації по основному захворюванні через педикульоз.

Допускається проведення обробки завошивленого вдома після вичерпного інструктажу щодо застосування педикулоцидів, правил техніки безпеки та особистої гігієни з подальшим контролем якості обробки дезпідрозділами.

Контроль якості дезобробки проводять дезпідрозділи санепідстанції або дезстанції до повної ліквідації вогнища.

Особливу увагу необхідно звернути на осіб з “хронічних вогнищ” (неодноразова реєстрація педикульозу протягом року) та “тривалоактивних” вогнищ (протягом місяця педикульоз не ліквідовано).

Дезінсекційні заходи по боротьбі з вошами включають механічний, фізичний та хімічний методи боротьби.

Механічний метод звільнення від вошей та їх яєць проводиться шляхом вичісування густим гребенем, обстригання або гоління. Волосся збирається на папір і спалюється.

Перед вичісуванням волосся промивається теплим 5—10 % розчином столового оцту, голова зав'язується хусткою або рушником, експозиція 30 хв—1 год. Після цього полегшується вичісування яєць вошей.

При хімічному методі боротьби використовуються такі засоби:

1. 0,15 % водна емульсія карбофосу (витрата препарату на 1 особу становить 10—50 мл; експозиція 20—30 хв);
2. 20 % водно-мильна суспензія (емульсія) бензилбензоату (10—30 мл, експозиція 20—30 хв);
3. 10 % водно-мильно-газова емульсія (10—20 мл, експозиція 30 хв—1 год);
4. 50 % водно-мильно-сольвентова емульсія (30—50 мл, експозиція 30 хв);
5. Лосьйон "Ниттифор" (Угорщина) 50—60 мл, експозиція 40 хв;
6. Анті-Пі (Польща) 1 мл, експозиція 5 хв;
7. Препарат лонцид (30—50 мл, експозиція 30 хв);

Крім того, пропонуються нові перспективні педикулоциди: Локонід, Педикулін, Педикрин, Нітилон, Опофос, Перфолон та інші.

За відсутності вищеназаних засобів можна використовувати порошок піретруму (15 г при експозиції не менше 2 год).

Після обробки педикулоцидами волосся промивають столовим оцтом, потім проводять вичісування яєць вошей. Із фізичних методів обробки використовують чищення речей, обробку високою температурою (кіп'ятіння, прогладжування або камерний спосіб обробки).

Завошивлену білизну кип'ятять у 2 % розчині кальцинованої соди протягом 15 хв, прасують з обох боків, звертаючи особливу увагу на шви, зборки, зморшки та інше. За епідеміологічними показаннями проводять камерну обробку постільних речей згідно з відповідною інструкцією. Для обробки одягу застосовують переважно камерний спосіб.

За необхідності повторну обробку виконують через 7—12 днів. При головному та платтяному педикульозі у вогнищах захворювань або в таких випадках, коли відсутні інші засоби, застосовують препарат бутадіон. При вживанні бутадіону кров людини набуває токсичних властивостей, які зберігаються протягом 14 діб. Бутадіон призначають:

- дорослим після їжі по 0,15 г 4 рази на добу протягом 2 діб;
- дітям до 4 років застосування бутадіону заборонено;
- дітям від 4 до 7 років бутадіон призначають по 0,05 г 3 рази на добу протягом 2 діб;
- дітям від 8 до 10 років бутадіон призначають по 0,08 г 3 рази на добу протягом 2 діб;
- дітям старшим 11 років бутадіон призначають по 0,12 г 3 рази на добу протягом 2 діб.

При виявленні завошивленості, окрім дезінсекції, проводять санітарну обробку людини, зміну натільної і постільної білизни, а також обробку контактних.

Обробка педикулоцидами дітей до 5 років, вагітних жінок, матерів-годувальниць, людей з пошкодженою шкірою, тяжкохворих заборонена. У цих випадках доцільно використовувати механічний засіб звільнення від вошей.

6. Перша допомога при отруєнні педикулоцидами.

При порушенні техніки безпеки роботи з інсектицидами або при нещасних випадках може виникнути отруєння. При прояві ознак отруєння першу допомогу треба надавати негайно.

Ознаки отруєння інсектицидами: неприємний смак у роті, подразнення горла, запаморочення, головний біль, загальна слабкість, нудота, іноді блювання. При роботі з фосфорорганічними інсектицидами можуть з'явитися біль у животі, пронос, посилення виділення слини та сліз, звуження зіниць, повільний пульс, м'язові сипання.

При появі отруєння під час розливання інсектицидів отруєного виводять з робочого приміщення, знімають забруднений одяг, дають прополоскати рот кип'яченою водою або 2 % розчином питної соди та забезпечують спокій.

При випадковому попаданні в шлунок — штучно викликають блювання, для цього дають випити кілька склянок води (бажано теплої) або блідо-рожевого розчину марганцевокислого калію (1:5000) та подразнюють задню стінку глотки. Повторюють цю процедуру 2—3 рази або промивають шлунок 1—2 % розчином питної соди, водною зависсю паленої магнезії, активованого вугілля або товченої крейди (2 столові ложки на 1 л води). Після блювання або промивання шлунка дають випити 1—2 столові ложки зависі активованого вугілля або паленої магнезії в склянці води, потім сольове проносне.

Заборонено давати касторову олію!

При попаданні недорозведеного інсектициду або концентрованої емульсії на шкіру їх обережно знімають ватним тампоном, потім промивають шкіру водою з милом. Для знешкодження залишків фосфорорганічних інсектицидів шкіру протирають нашатирним спиртом або 2—5 % розчином хлораміну та промивають водою.

При попаданні інсектицидів в очі їх ретельно промивають струменем води або 2 % розчином питної соди. При подразненні слизової очей застосовують 30 % розчин альбуциду, при болісному стані — 2 % новокаїну.

При наявності однієї з ознак отруєння фосфорорганічними інсектицидами приймають препарати красавки (2—3 таблетки бесалолу, бікарбону, біладину).

У випадках посилення ознак отруєння ФОР негайно надають медичну допомогу на місці або в поліклініці.

Медичний працівник вводить внутрішньом'язово 1—2 мл 0,1 % розчину сірчанокислого атропіну, а при тяжкому отруєнні — 3—5 мл. При необхідності атропін вводять повторно через 10 хв, підтримуючи легкі ознаки передозування (сухість у роті, розширення зіниць) до появи покращання стану отруєння.

8. Укладка для оглядів на педикульоз.

1. Настільна лампа
2. Лупа
3. Густий гребінець
4. Дезрозчин (для змочування гребінця)

Укладка для проведення протипедикульозних обробок

1. Клейончастий або полотняний мішок для речей хворого
2. Оцинковане відро або лоток для спалювання волосся

3. Клейончаста пелерина
4. Гумові рукавиці
5. Ножиці
6. Густий гребінець
7. Машинка для стрижки волосся
8. Спиртівка
9. Косинки (2—8 шт.)
10. Вата
11. Столовий оцет або оцтова кислота (5—10 %)
12. Інсектициди для обробки людини
13. Інсектициди для обробки білизни та приміщень

9. Перелік протипедикульозних засобів з вказівками щодо їх виготовлення і застосування.

1. Карбофос — застосування у вигляді 0,15 % водної емульсії. Для виготовлення 1 л 0,15 % емульсії беруть 3 мл 50 % емульгуючого концентрату карбофосу і розводять його в 1 л води кімнатної температури. Препарат діє на всіх стадіях розвитку вошей. Застосовується виключно медичними працівниками. Норма використання на обробку 10—50 мл, експозиція — 30 хв.

2. Бензилбензоат — застосовується у вигляді 20 % водно-мильної суспензії або 20 % емульсії. Для виготовлення 100 мл 20 % водно-мильної суспензії бензилбензоату беруть 2 г мила (зеленого або господарського подрібненого), розводять в 78 мл теплої води, потім додають 20 мл бензилбензоату, ретельно змішують. Отриману суспензію наносять на волосся. Використовується медичними працівниками через аптечну мережу, реалізується за рецептами. Норма використання на 1 обробку 10—30 мл, експозиція — 30 хв.

3. Водно-мильно-газова емульсія — застосовується у вигляді 10 % емульсії. Для її виготовлення до 50 г рідкого мила (або твердого попередньо розтопленого на водяній бані) при постійному перемішуванні додається невеликими порціями 450 г гасу (можна хлорованого). Отриманий концентрат у кількості 100 г розчиняється в 900 мл теплої води. Норма використання на 1 обробку — 10—50 мл, експозиція — 30 хв, 1 год.

4. Мильно-сольвентова емульсія — використовується у вигляді 50 % емульсії, яка готується з рівних частин мильно-сольвентової пасти і води (50—60 %), при змішуванні яких утворюється однорідна маса.

Необхідно проводити повторну обробку через 7—10 днів. Норма використання на 1 обробку 30—50 мл, експозиція — 30 хв.

5. Лосьйон “Ниттифор” — препарат фабричного виготовлення, норма використання на 1 обробку 30—50 мл, експозиція — 30 хв.

Спосіб застосування усіх вищезгаданих препаратів полягає в наступному — на волосся наносять необхідну кількість препарату (в залежності від густоти та довжини волосся), зав'язують голову поліетиленовою хусткою і рушником, витримують відповідний час згідно з інструкцією, промивають проточною водою з милом або шампунем. Після цього на волосся наносять теплий 5—10% столовий оцет або оцтову кислоту, зав'язують поліетиленовою хусткою і рушником, витримують 30 хв, полощуть у проточній воді, після чого вичісують густим гребінцем загиблих вошей та їхні яйця — гниди.

НАКАЗ
“Про затвердження правил зберігання
та проведення контролю якості лікарських засобів
у лікувально-профілактичних закладах”

№ 584 від 16.12.2003 р.

Витяг

Відповідно до Закону України “Про лікарські засоби” (123/96-ВР) з метою посилення державного контролю за якістю лікарських засобів та удосконалення механізму реалізації державної політики у цій сфері

н а к а з у ю:

1. Затвердити Правила зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах, що додаються.

ПРАВИЛА
зберігання та проведення контролю якості лікарських
засобів у лікувально-профілактичних закладах

I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах розроблені відповідно до Закону України “Про лікарські засоби” з метою посилення державного контролю за якістю лікарських засобів та удосконалення механізму реалізації державної політики у цій сфері. Вимоги цих Правил поширюються на всі лікувально-профілактичні заклади (далі — ЛПЗ) незалежно від їх форм власності та підпорядкування.

1.2. Вхідний контроль якості лікарських засобів у ЛПЗ здійснюється уповноваженими особами (головними/старшими медсестрами; провізорами або фармацевтами лікарняних аптек), призначеними наказом керівника ЛПЗ відповідальними за якість лікарських засобів.

1.4. ЛПЗ можуть закуповувати лікарські засоби лише у постачальників, які мають діючі ліцензії на виробництво та/або оптову чи роздрібну торгівлю лікарськими засобами.

1.5. Забороняється медичне використання неякісних, фальсифікованих лікарських засобів, термін придатності яких минув, лікарських засобів, що не зареєстровані в Україні, та без сертифікатів якості, що видаються виробниками.

II. ВИМОГИ ДО ПРИМІЩЕНЬ ЛПЗ,
ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

2.1. Експлуатація обладнання та приміщень ЛПЗ, призначених для зберігання лікарських засобів, має забезпечувати збереження їх якості протягом усього терміну придатності.

2.2. Приміщення для зберігання лікарських засобів згідно з діючими вимогами забезпечуються охоронними та протипожежними засобами.

2.3. Приміщення для зберігання лікарських засобів мають забезпечувати захист лікарських засобів від пилу та сторонніх запахів.

2.4. У приміщеннях для зберігання лікарських засобів повинні підтримуватися температура і вологість повітря, які відповідають вимогам інструкції про застосування лікарських засобів. Для спостереження за цими параметрами приміщення, де зберігаються лікарські засоби, мають бути забезпечені термометрами і гігрометрами. Отримані дані щоденно заносять у журнал або картку обліку температури та відносної вологості.

2.5. Приміщення для зберігання мають бути обладнані витяжною вентиляцією, у разі, коли це неможливо, — кватирками, фрамугами.

2.6. Приміщення для зберігання мають бути забезпечені необхідною кількістю стелажів, шаф, холодильників, піддонів, підтоварників, з дотриманням необхідних умов освітлення тощо. Забороняється зберігати лікарські засоби на підлозі.

2.7. Приміщення ЛПЗ, де зберігаються лікарські засоби, прибирають вологим способом не рідше одного разу на день із використанням дозволених до застосування мийних та дезінфекційних засобів.

III. ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЗБЕРІГАННЯ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ПРИМІЩЕННЯХ ЛПЗ,
ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

3.1. Лікарські засоби слід зберігати окремо за фармакологічними групами відповідно до способу їх введення, з урахуванням фізико-хімічних властивостей лікарських засобів, відповідно до вимог інструкції про застосування лікарських засобів.

3.2. Наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори зберігають у ЛПЗ відповідно до вимог діючих нормативних актів, які регулюють їх обіг в Україні.

3.3. Лікарські засоби слід розташовувати на стелажах, у шафах або холодильниках, а за необхідності — на піддонах, підтоварниках; отруйні лікарські засоби зберігають у металевій шафі під замком.

3.4. Лікарські засоби одного найменування та дози при зберіганні розташовують з урахуванням залишкового терміну придатності таким чином, щоб забезпечити першочергове використання лікарських засобів з меншим терміном придатності.

3.5. У процесі зберігання не рідше одного разу на місяць проводять суцільний візуальний контроль стану тари, зовнішнього вигляду лікарських засобів.

3.6. При пошкодженні тари негайно усувають дефекти. Перекладання, переливання в іншу тару, розфасування або розважування лікарських засобів, заміна їх етикеток у ЛПЗ забороняється.

3.7. У разі зміни зовнішнього вигляду лікарських засобів ЛПЗ звертається на територіальну інспекцію за місцем його розташування для встановлення їх придатності до застосування.

3.11. Усі лікарські засоби мають зберігатися відповідно до вимог, зазначених в інструкції про медичне застосування лікарського засобу.

3.12. Особливих умов зберігання потребують лікарські засоби:

— які вимагають захисту від світла;

— які вимагають захисту від дії вологи;

— які вимагають захисту від випаровування;

— які вимагають захисту від дії підвищеної температури;

- які вимагають захисту від дії пониженої температури;
- які вимагають захисту від дії газів, що містяться в навколишньому середовищі;
- пахучі, кольорові;
- дезінфекційні засоби;
- медичні імунобіологічні препарати;
- вогнебезпечні (легкозаймисті) речовини.

3.13. Усі готові лікарські засоби мають зберігатися в упаковці виробника, етикеткою назовні:

— **таблетки, драже, капсули** зберігають ізольовано від інших лікарських форм у заводській упаковці, яка оберігає від дії зовнішніх факторів;

— **ін'єкційні лікарські засоби** слід зберігати в прохолодному, захищеному від світла місці в окремії шафі або ізольованому приміщенні (кімнаті) з урахуванням особливостей тари (крихкість), якщо немає інших указівок на упаковці;

— **рідкі лікарські засоби** (сиropи, настойки, рідкі екстракти тощо) мають зберігатися в прохолодному, захищеному від світла місці, якщо немає інших указівок на упаковках;

— **плазмозаміщувальні та дезінтоксикаційні розчини** зберігають ізольовано при температурних інтервалах, указаних на упаковці, та в захищеному від світла місці;

— **мазі, лініменти, гелі, креми, пасту** зберігають у прохолодному, захищеному від світла місці в щільно запакованій тарі, якщо немає інших указівок в інструкції про застосування лікарських засобів;

— зберігання **супозиторіїв** повинно здійснюватися в сухому, прохолодному, захищеному від світла місці;

— зберігання **препаратів в аерозольних** упаковках повинно проводитися в сухому, захищеному від світла місці, подалі від вогню та опалювальних приладів. Аерозольні упаковки слід оберігати від ударів та механічних пошкоджень.

IV. ПОРЯДОК ОРГАНІЗАЦІЇ ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ВІДДІЛЕННЯХ ЛПЗ

4.1. Лікарські засоби для їх подальшого медичного застосування отримує головна/старша медична сестра відділення ЛПЗ у головної/старшої медичної сестри (провізора) ЛПЗ за відповідно оформленими документами.

4.2. Зберігання лікарських засобів у відділеннях ЛПЗ (маніпуляційний кабінет, медичний пост тощо) проводиться з урахуванням способу введення та з дотриманням вимог зберігання лікарських засобів.

4.3. Наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори зберігаються відповідно до вимог діючих нормативних актів, які регулюють їх обіг в Україні.

4.4. Забороняється виготовлення, розфасування, заміна етикеток, перекладання лікарських засобів.

4.5. За необхідності допускається порушення упаковки виробника головною/старшою медичною сестрою (провізором) ЛПЗ з обов'язковою вказівкою на новоствореній упаковці назви, серії, терміну придатності, виробника лікарського засобу та власного підпису головної/старшої медичної сестри (провізора).

4.6. Перевірка дотримання умов зберігання лікарських засобів у відділеннях проводиться уповноваженою особою ЛПЗ не менше одного разу на місяць, про що роблять запис у відповідному журналі.

У. ПРОВЕДЕННЯ ВХІДНОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ЛПЗ

5.1. Вхідний контроль якості лікарських засобів у ЛПЗ здійснює уповноважена особа.

5.2. Головними обов'язками уповноваженої особи ЛПЗ є:

- проведення вхідного контролю якості лікарських засобів;
- оформлення письмового висновку вхідного контролю;
- оформлення та ведення журналу обліку та реєстрації повідомлень і приписів від Державної інспекції та територіальних інспекцій (додаток 1);
- перевірка наявності та вилучення у ЛПЗ неякісних і фальсифікованих, незареєстрованих лікарських засобів згідно з офіційною інформацією Державної чи/та територіальної інспекції;
- надання територіальній інспекції повідомлень про виявлені неякісні, фальсифіковані лікарські засоби в термін 10 робочих днів, якщо інше не було зазначено у розпорядчих документах, та побічні реакції/дії або загибель людей при застосуванні серії(й) лікарських засобів.

5.3. Порядок проведення вхідного контролю якості лікарських засобів у ЛПЗ.

5.3.1. При надходженні лікарських засобів у ЛПЗ уповноважена особа спочатку здійснює перевірку супровідних документів на лікарські засоби:

- накладних, у яких обов'язково мають бути зазначені назва, дозування, лікарська форма, номер серії, кількість, назва виробника лікарського засобу;
- сертифікатів якості виробників, завірених печаткою останнього постачальника;
- висновків щодо якості, виданих підпорядкованою лабораторією або акредитованою лабораторією у випадках, передбачених п. 4.8 Інструкції про порядок контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібної торгівлі, затвердженої наказом МОЗ України від 30.10.2001 № 436 та зареєстрованої у Міністерстві юстиції України 05.02.2002 за № 107/6395;
- даних про реєстрацію лікарського засобу.

5.3.2. Одержані ЛПЗ лікарські засоби підлягають візуальному контролю уповноваженою особою, який включає перевірку:

- стану тари;
- групової, первинної, вторинної (за її наявності) упаковки;
- маркування;
- наявності інструкції про застосування на доступній для споживача мові;
- зовнішнього вигляду, у тому числі цілісності, однорідності, наявності пошкоджень лікарських засобів;
- терміну придатності лікарських засобів.

5.3.3. Забороняється застосування одержаних лікарських засобів у ЛПЗ до одержання письмового висновку уповноваженої особи, що здійснює вхідний контроль якості лікарських засобів у ЛПЗ.

5.3.4. За результатами вхідного контролю якості лікарських засобів уповноваженою особою оформляється письмовий висновок, який містить результат вхідного контролю, дату його проведення, підпис та прізвище уповноваженої особи.

5.3.5. У разі позитивного результату вхідного контролю уповноважена особа надає письмовий висновок щодо можливості використання (застосування) серії(її)

лікарських засобів та передає одержані лікарські засоби для застосування у відділення ЛПЗ або на зберігання.

5.3.6. У разі негативного результату вхідного контролю уповноважена особа складає акт про виявлені дефекти, який є підставою для повернення лікарських засобів постачальнику. Копія акта також подається у територіальну інспекцію.

VI. ДЕРЖАВНИЙ КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ЛПЗ

6.1. Державний контроль якості лікарських засобів у ЛПЗ здійснює Державна інспекція з безпосередньо підпорядкованими їй територіальними інспекціями відповідно до чинного законодавства.

6.2. Державні інспектори на місці здійснюють планові (не частіше одного разу на календарний рік) та позапланові (за дорученням Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України; за зверненням чи на запит інших державних контрольних та правоохоронних органів та органів місцевої влади; за розпорядженням Державної інспекції; у разі надходження скарги чи заяви про порушення вимог чинного законодавства щодо якості лікарських засобів) інспекційні перевірки ЛПЗ щодо додержання ними вимог законодавства з питань забезпечення якості лікарських засобів. Результати перевірок оформляються актом перевірки встановленого зразка.

6.3. Відбір зразків лікарських засобів та державний контроль їх якості здійснюються у порядку, визначеному чинним законодавством.

6.4. Відбору підлягають лікарські засоби, що зберігаються з порушенням діючих норм і правил, та в разі негативного висновку візуального контролю. Відбір зразків лікарських засобів оформляється актом встановленого зразка.

6.5. Лабораторний аналіз якості лікарських засобів здійснюється підпорядкованою лабораторією або акредитованою лабораторією на підставі направлень Державної інспекції або територіальних інспекцій.

НАКАЗ

**“Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів,
психотропних речовин та прекурсорів у державних
і комунальних закладах охорони здоров'я України”**

№ 356 від 18.12.1997 р.

Витяг

Відповідно до Положення про порядок здійснення діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.01.96 р. за № 6,

н а к а з у ю:

1. Затвердити Порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у державних і комунальних закладах охорони здоров'я України, що додається.

НАКАЗ
“Про затвердження Переліків отруйних
та сильнодіючих лікарських засобів”

№ 490 від 17.08.2007 р.

Витяг

Відповідно до Закону України “Про лікарські засоби” та з метою упорядкування обігу отруйних та сильнодіючих лікарських засобів

н а к а з у ю:

1. Затвердити Перелік отруйних лікарських засобів за міжнародними непатентованими або загальноприйнятими назвами, що додається.
2. Затвердити Перелік сильнодіючих лікарських засобів за міжнародними непатентованими або загальноприйнятими назвами, що додається.

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
3 вересня 2007 року за № 1007/14274,
№ 1008/14275 і № 1008/14275

Перелік

отруйних лікарських засобів за міжнародними непатентованими
або загальноприйнятими назвами

Атропін та його солі (порошок) Atropinum, Кетамін Ketamine, Тетракаїн (порошок) Tetracaine, Трамадол Tramadol, Тригексифенідил Trihexyphenidyl,

Міорелаксанти периферичної дії, включаючи їх сольові похідні: Атракурій Atracurium, Векуроній Vecuronium, Піпекуроній Pípecuronium, Рокуроній Rocuronium, Суксаметоній Suxamethonium;

сильнодіючих лікарських засобів за міжнародними непатентованими або загальноприйнятими назвами: Буторфанол (морадол тощо) Butorphanol (Moradol), Дифенгідрамін (димедрол) (тверді форми) Diphenhydramine (Dimedrolum), Зопіклон Zopiclone, Клонідин (клофелін) (субстанція, рідкі форми) Clonidine (Clophelinum), Матандієнон Metandienone, Нандролон Nandrolone, Прометазин Promethazinum.

Додаток 4

ІНСТРУКЦІЯ
про спільне перебування матері і дитини в пологовому будинку
(відділенні)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Спільне перебування породіллі і новонародженої дитини в палаті післяпологового відділення стаціонару значно знижує частоту захворювань і породіль і новона-

роджених, дає можливість здійснити раннє прикладання дитей до груді матері, повністю використати молозиво для годування, що сприятиме становленню лактації.

Особливістю пологового будинку (акушерського відділення), де організоване спільне перебування матері і дитини, є активна участь матері в догляді за новонародженою дитиною.

У разі спільного перебування матері й дитини після пологів обмежується контакт новонародженого з медичним персоналом, знижується можливість інфікування дитини госпітальними штамами мікробів, створюються сприятливі умови для заселення організму новонародженого мікрофлорою матері. За такого режиму є можливість навчити матір навичкам виходжування та догляду за новонародженим.

При спільному перебуванні матері та новонародженого їх розміщують у палатах на одне—трьох ліжок (можливе перепланування післяпологових палат у раніше побудованих пологових будинках для перебування матері й дитини). Бажано, щоб у кожній палаті були туалет і духова, але допускається використання палат з умивальником без санвузла.

Палата спільного перебування матері й дитини оснащується медичними вагами для зважування новонародженого, сповивальним столом, тумбочкою для зберігання білизни новонародженого і медикаментів, що їх використовують для догляду за шкірою та слизовими оболонками новонародженого (дитяча олія в індивідуальних упаковках, стерильна вода для промивання очей та ін.). У палаті є пам'ятка (інструкція) для матерів, у якій наведено основні правила догляду за новонародженими, годування їх, санітарно-гігієнічний режим.

2. ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО СПІЛЬНОГО ПЕРЕБУВАННЯ МАТЕРІ Й ДИТИНИ

- з боку матері:
 - тяжкі форми пізнього гестозу;
 - екстрагенітальні захворювання в стадії декомпенсації;
 - операційні втручання з важкими порушеннями гомеостазу;
 - гострі інфекційні захворювання;
 - розриви промежини III ступеня;
- з боку новонародженого:
 - недоношеність IV ступеня;
 - внутрішньоутробна гіпотрофія плода III ступеня;
 - асфіксія при народженні (середнього і важкого ступеня);
 - пологова травма з порушеннями функцій життєво важливих систем;
 - тяжкі вроджені вади;
 - гемолітична хвороба важкого ступеня;
 - синдром дихальних розладів II і III ступеня.

3. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ

Після пологів дитину оглядає неонатолог, а за його відсутності — черговий акушер-гінеколог, після чого її прикладають до груді матері. Через 2 год новонародженого знову оглядає неонатолог, а породіллю — акушер-гінеколог, уточнюють показання до переведення у відділення спільного перебування матері і дитини, про що робиться запис в історії пологів та історії розвитку новонародженого.

Із пологового залу новонародженого забирає чергова медична сестра відділення новонароджених. Час передачі новонародженого медичній сестрі та про його стан (характер крику, колір шкіри та ін.) фіксують на першій сторінці історії розвитку новонародженого і скріплюється підписами акушерки та медичної сестри відділення новонароджених. У історії розвитку новонародженого медична сестра своїм підписом засвідчує час передачі, стан і стать дитини. У разі погіршення стану дитини її негайно переводять у палату для інтенсивного спостереження та лікування.

Перший туалет новонародженого і догляд за ним у 1-у добу здійснює медична сестра відділення новонароджених у присутності матері. Медична сестра навчає матір особливостям догляду за новонародженим, як користуватися стерильним матеріалом та дезінфекційними засобами. Звертає увагу матері, що для підмивання дитини використовувати мило індивідуального користування, яке не застосовується для іншої мети.

Контроль за залишком пупкового канатика та пупковою ранкою здійснює неонатолог. Обробляє залишок пупкового канатика та пупкову ранку медична сестра.

Для обходу медсестра готує:

- стерилізаційний бікс зі стерильним матеріалом (кульки, вата, палички з ватою, бинт):

- стерильні пінцети для взяття стерильного матеріалу і по одному на кожну новонароджену дитину — для обробки пупкової ранки;

- ємкість із 95 % етиловим спиртом — 2 мл;

- ємкість із 10 % розчином калію перманганату — 30 мл;

- ємкість із 3 % розчином водню пероксиду — 2 мл.

Перед оглядом дитини неонатолог і медична сестра двічі миють руки з милом теплою проточною водою, надягають халати, які для кожної палати індивідуальні і змінюються щодня. Медична сестра забезпечує породіль необхідною кількістю стерильних пелюшок (не менше 60 на добу на 1 дитину). Використані пелюшки збирають у баки з кришками або в педальні відра зі вставленими в них бавовняними чи цератовими чохлами. Після обходу санітарка збирає використану білизну разом із чохлами і через шахту або іншим шляхом доставляє її в кімнату для сортування і збирання брудної білизни. У палаті проводять вологе прибирання. Медична сестра стежить за своєчасною зміною та використанням дезінфекційних розчинів у кожній палаті. Запаси медикаментів, розчинів для пиття та стерильного матеріалу, історії розвитку новонароджених дітей, комплекти наборів для догляду за новонародженими дітьми зберігають у спеціально відведеній кімнаті для медсестер.

4. ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНА ВАКЦИНАЦІЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Первинну вакцинацію здорових доношених новонароджених проводять на 3—5-й день життя. Вакцину БЦЖ вводять внутрішньошкірно в дозі 0,05 мг в об'ємі 0,1 мл.

Зберігати вакцину слід у холодильнику під замком за температури не вище 4 °С в спеціально виділеному місці. Тут же розводять і набирають вакцину в шприц індивідуально для кожної дитини будь-якого відділення новонароджених акушерського стаціонару. Вакцинацію новонароджених здійснюють уранці безпосередньо в палаті новонароджених після огляду дітей неонатологом. У історії розвитку новонароджено-

Додаток 5. Про дезінфекційні засоби, дозволені до використання в Україні

го лікар відзначає наявність або відсутність протипоказань до вакцинації. Вакцинацію проводить медична сестра, яка пройшла навчання в протитуберкульозному диспансері і має відповідний дозвіл. У історії розвитку новонародженого вона записує дату вакцинації, серію вакцини. Дані про вакцинацію дитини заносять в обмінну карту породіллі. Матір слід попередити про можливі ускладнення вакцинації.

Таблиця 1

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ВАКЦИНАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Нозологічні форми	Допустимість щеплення з використанням вакцини БЦЖ-М
Гнійно-запальні захворювання	Після одужання
Внутрішньоутробне інфікування, сепсис	Після одужання
Гострі інфекційні захворювання	Після одужання
Тяжка та середньої тяжкості форма гемолітичної хвороби новонароджених	Після одужання за відсутності анемії
Перинатальні ушкодження мозку	Після одужання за висновком комісії
Недоношені діти — маса тіла при народженні менше 2000 г	Досягнувши нормативних показників, недоношених дітей з масою тіла 2000—2300 г прищеплюють у пологовому будинку

Додаток 5

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР ДЕРЖАВНОГО САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ

**Про дезінфекційні засоби,
дозволені до використання в Україні**

Лист від 10 лютого 1998 р. № 04.2/131

*Головним державним санітарним лікарям АР Крим, областей,
м. Кієва та Севастополя, на водному, залізничному,
повітряному транспорті, установ різних міністерств та відомств*

Для ефективного здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за додержанням підприємствами, установами, організаціями та громадянами санітарних норм і правил направляю Перелік дезінфектантів, антисептиків, інсектицидів, родентицидів вітчизняного та зарубіжного виробництва, дозволених до використання в Україні станом на 1.01.1998 р.

*Заступник головного лікаря
С. Платонов*

ПЕРЕЛІК

Дезінфекційних засобів, дозволених до застосування в Україні
(станом на 1.01.1998 р.)

№ з/п	Торговельна назва препарату	Фірма-виробник, країна	Форма випуску	Реєстраційний номер, дата	Технічні умови, методичні вказівки МОЗ України	Показання до застосування
І. Дезінфекційні засоби						
1	Хлорантоїн	НВО "Фармакос", Україна	Порошок у крафт-мішках з поліетиленовим вкладишем 25 кг, у поліетиленових банках 0,8 кг, 1,0 кг		ТУ У 22902465.00495МВ № 0032-95 від 27.10.95 р.	Дезінфекція виробів медичного призначення, білизни, посуду, іграшок, приміщень, санітарно-технічного обладнання
2	Біумий	НВО "Фармакос", Україна	Порошок у крафт-мішках, поліетиленових банках 1,0 кг		ТУ У 22902465.00596МВ № 0033-95 від 27.10.95 р.	Передстерилізаційна очистка виробів медичного призначення
3	Гембар	НТЦ "Вербена", Україна	Розчин у флаконах 0,5, 1,0, 2,0, 5,0 л		ТУ У 21643506.00197МВ № 0069-96 від 14.06.96 р.	Дезінфекція поверхонь приміщень, сан.-тех. обладнання, білизни при інфекцях бак. етіології
4	Деконекс 50ФФ	"Борер Хемі АГ", Швейцарія	Розчин у флаконах 1 л, 5 л, 10 л, 25 л	№ П-0546 19.07.95 р.	МВ — 10.04.96 р.	Дезінфекція поверхонь, предметів обслуговування, інструментів, апаратури
5	Дезоформ	"Лізоформ Д-р Хане Роземан ГмбХ", Німеччина — Швейцарія	Розчин у флаконах 40 мл, пляшках 1 л, каністрах 6 л	№ П-0503 04.07.95 р.	МВ № 0004-94 від 10.06.94 р.	Дезінфекція виробів медичного призначення, в т. ч. гнучких ендоскопів, предметів догляду за хворими
6	Лізоформін спеціаль	"Лізоформ Д-р Хане Роземан ГмбХ", Німеччина — Швейцарія	Розчин у флаконах 40 мл, пляшках 1 л, 2 л, каністрах 6 л, 20 л, діжках 60 л	№ П-0502 04.07.95 р.	МВ № 0003-94 від 10.06.94 р.	Дезінфекція поверхонь, білизни, санітарно-технічного обладнання, предметів догляду за хворими
7	Лізоформін 3000	"Лізоформ Д-р Хане Роземан ГмбХ", Німеччина — Швейцарія	Розчин у флаконах 20 мл, пляшках 1 л, 2 л, каністрах 6 л, 20 л, діжках 60 л	№ П-0501 04.07.95 р.	МВ № 0002-94 від 10.06.94 р.	Дезінфекція виробів медичного призначення, в т. ч. гнучких ендоскопів, поверхонь, білизни

Додаток 5. Про дезінфекційні засоби, дозволені до використання в Україні

№ з/п	Торговельна назва препарату	Фірма-виробник, країна	Форма випуску	Реєстраційний номер, дата	Технічні умови, методичні вказівки МОЗ України	Показання до застосування
8	Бланізол	"Лізоформ Д-р Хане Роземан ГмбХ", Німеччина – Швейцарія	Розчин у пляшках 2 л, каністрах 6 л	№ 544 01.07.97 р.	МВ № 0107-97	Передстерилізаційна обробка виробів медичного призначення
9	Бацилоцид расант	"Боде Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у каністрах по 5 л, 20 мл	№ Р-1301 04.07.96 р.	МВ № 0046-96 від 29.04.96 р.	Дезінфекція поверхонь, обладнання (хірургічні, інфекційні відділення)
10	Дисмозон пур	"Боде Хемі ГмбХ", Німеччина	Гранули у сашетках по 20 г	№ Р-1300 04.07.96 р.	МВ № 0047-96 від 29.04.96 р.	Дезінфекція поверхонь, медичних приладів, апаратів (наркозно-дихальна, блоки діалізу тощо)
11	Бациллон плюс	"Боде Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у флаконах по 0,5 л, 1 л, каністрах 5 л, 25 л	№ Р-1914 12.11.96 р.	МВ № 0105-97	Швидкодіюча дезінфекція поверхонь, обладнання (стоматологія, лабораторна практика)
12	Мікробак форте	"Боде Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у каністрах 5 л, сашетках по 40 мл, контейнерах 200 л, діджах 500 л	№ Р-1625 24.07.96 р.	МВ № 0048-96 від 29.04.96 р.	Дезінфекція поверхонь, обладнання (пологові, операційні, реанімаційні відділення)
13	Сокрена	"Боде Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у каністрах 5 л, сашетках по 40 мл, контейнерах 200 л, діджах 500 л	№ Р-1626 24.07.96 р.	МВ № 0049-96 від 29.04.96 р.	Дезінфекція поверхонь, обладнання, інвентаря в харчоблоках лікарень
14	Корзолін і Д	"Боде Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у каністрах 2 л, 5 л	№ Р-1304 04.07.96 р.	МВ № 0045-96 від 29.04.96 р.	Дезінфекція термостабільних та термочувливих медінструментів
15	Бодифен	"Боде Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у бутлях 2 л, 5 л	№ Р-1303 04.07.96 р.	МВ № 0019-95 від 11.09.95 р.	Передстерилізаційна очистка виробів медичного призначення, в т.ч. гнучких ендоскопів
16	Саніфект-128	"Ліква-Тех Індустрієз Інк", США	Розчин у пластикових пляшках 1 л, 4 л, 20 л, 57 л	№ 2011 20.12.96 р.	МВ № 0072-96 від 14.06.96 р.	Дезінфекція поверхонь приміщень, санітарно-технічного обладнання. Вогнища кишкових і крапельних інфекцій бактеріальної етіології

Додатки

№ з/п	Торговельна назва препарату	Фірма-виробник, країна	Форма випуску	Реєстраційний номер, дата	Технічні умови, методичні вказівки МОЗ України	Показання до застосування
17	Клорсепт	"Медентек", Ірландія	Пластикові банки по 200, 60 таблеток	№ 2018 01.08.97 р.	МВ № 0089-96 від 30.08.96 р.	Дезінфекція поверхонь при-міщень, санітарно-технічного об-ладнання, предметів побуту
18	Аква табс	—	Пластикові банки по 60 табл., стрічках 1 тис. шт.	№ 2019 01.08.97 р.	МВ № 0090-96 від 30.08.96 р.	Знезараження питної води, води плавальних басейнів, цистерн, невеликих водоймищ
19	Стеринова	—	Упаковки по 30, 60 табл.	№ 2017 01.08.97 р.	МВ № 0091-96 від 30.08.96 р.	Дезінфекція предметів для дитя-чого харчування, іграшок
20	Одо-Бан	"КлінКонтрол ККорпорейшн", США	Розчин у канистрах 5 л, 50 л	№ 2158 04.04.97 р.	МВ № 0068-96 від 14.06.96 р.	Дезінфекція поверхонь, медич-ного обладнання, інструментів, білизни, столового посуду
21	Дескозал	"Др. Шумахер ГмбХ", Німеччина	Розчин у пакетах 40 мл, канистрах 5 л	№ Р-1485 11.07.96 р.	МВ № 0064-96 від 26.04.96 р.	Дезінфекція поверхонь при-міщень, медичного обладнання, апаратури
22	Десконтон Форте	"Др. Шумахер ГмбХ", Німеччина	Розчин у дозаторах 2 л, канистрах 5 л	№ Р-1484 11.07.96 р.	МВ № 0065-96 від 26.04.96 р.	Дезінфекція виробів медичного призначення
23	Сайдекс	"Джонсон і Джон-сон", США	Розчин у канистрах 1 л, 5 л	П-08-242, № 002024 25.05.95 р.		Дезінфекція виробів медичного призначення
24	Жавель Ін.	"Вітерм", Франція	Розчин у пакетах 250 мл, флаконах 1 л, 2 л	№ Р-1459 09.07.96 р.	МВ № 0067-96 від 14.06.96 р.	Дезінфекція поверхонь при-міщень, предметів обстановки, санітарно-технічного обладнання
25	Гексакуарт С	"Б. Браун Медікал АГ", Швейцарія	Розчин у бутлях 1 л, 5 л, 25 л	№ 2393	МВ № 0025-95 від 12.09.95 р.	Дезінфекція поверхонь, пред-метів догляду за хворими
26	Хеліпур Х Плюс	"Б. Браун Медікал АГ", Швейцарія	Розчин у бутлях 1 л, 5 л, 25 л	№ 2258 20.06.97 р.	МВ № 0026-95 від 12.09.95 р.	Дезінфекція виробів медичного призначення
27	Мельсепт СФ	"Б. Браун Медікал АГ", Швейцарія	Розчин у бутлях 1 л, 5 л, 25 л	№ 2259 20.06.97 р.	МВ № 0023-95 від 12.09.95 р.	Дезінфекція поверхонь, пред-метів догляду за хворими

Додаток 5. Про дезінфекційні засоби, дозволені до використання в Україні

№ з/п	Торговельна назва препарату	Фірма-виробник, країна	Форма випуску	Реєстраційний номер, дата	Технічні умови, методичні вказівки МОЗ України	Показання до застосування
1	Декосепт	"Борер Хемі АГ", Швейцарія	Розчин у флаконах 125 мл, 500 мл, 5 л	№ П-0547 19.07.95 р.	Інструкція по клінічному застосуванню фірми-виробника	Антисептик для гігієничного та хірургічного застосування
2	АХД 2000	"Лізоформ Д-р Хапе Роземан ГмбХ", Німеччина — Швейцарія	Розчин у пляшках 150 мл, 250 мл, 500 мл, 1000 мл, каністрах 6 л	№ 2306 09.07.97 р.		Антисептична обробка шкіри рук
3	Хоснісепт	"Лізоформ д-р Хапе Роземан ГмбХ", Німеччина — Швейцарія	Розчин у пляшках 150 мл, 250 мл, 1000 мл, каністрах 6 л	№ 2304 09.07.97 р.		Антисептична обробка шкіри рук
4	Хослідермін	"Лізоформ Д-р Хапе Роземан ГмбХ", Німеччина — Швейцарія	Розчин у пляшках 250 мл, 1000 мл	№ 2305 09.07.97 р.		
5	Стериліум	"Бодє Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у пляшках 0,1 л, 0,5 л, 1 л, каністрах 5 л	№ Р-1108 31.05.96 р.		Хірургічна та гігієнічна антисептика рук медичного персоналу
6	Стериліум віругард	"Бодє Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у флаконах 0,1 л, 0,5 л, 1 л, каністрах 5 л	№ Р-1916 12.11.96 р.		Хірургічна та гігієнічна антисептика рук медперсоналу в зонах підвищеної інфекційної небезпеки
7	Кутасепт Г	"Бодє Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у пляшках 0,25 л, 1 л, каністрах 5 л	№ Р-1107 31.05.96 р.		Перед- та післяопераційна обробка шкіри, ран
8	Кутасепт Ф	"Бодє Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у пляшках 0,25 л, 1 л, каністрах 5 л	№ Р-1106 31.05.96 р.		"—"
9	Йодобак	"Бодє Хемі ГмбХ", Німеччина	Розчин у пляшках 0,5 л, 1 л	№ Р-1105 31.05.96 р.		Перед- та післяопераційна обробка операційного поля, хірургічна антисептика рук

№ з/п	Торговельна назва препарату	Фірма-виробник, країна	Форма випуску	Реєстраційний номер, дата	Технічні умови, методичні вказівки МОЗ України	Показання до застосування
10	Бетадин	"Алкалоїд АД", Республіка Македонія	Розчин у флаконах 0, 1 л, 1 л, 5 л	П-08-242, № 01239 30.06.94 р.	"—"	Хірургічна обробка рук та операційного поля
11	Бетадин	"Егіс", Угорщина	Розчин у флаконах 30 мл, 120 мл, 1 л	№ Р-1616 24.07.96 р.	"—"	Хірургічна обробка рук та операційного поля
12	Браунозал	"Б. Браун Медікал АД", Швейцарія	Розчин у бутлях 1 л, 5 л, 25 л	№ 2257 20.06.97 р.	"—"	Хірургічна обробка рук та операційного поля
13	Хлоргексидин біглюконат	"Польфа" СА, Польща	Розчин у флаконах 500 мл	№ Р-1445 27.06.96 р.	"—"	Хірургічна обробка рук та операційного поля
III. Протипедиккульозні засоби						
1	Локодин	АТ "Київський вітамінний завод", Україна	Флакони 25 мл, 1000 мл		МВ № 0001-92 від 25.12.92 р.	Знищення головних та лобкових вошей
2	Дезоцид	ВАТ "КНДІ "СІН-ТЕКО" Україна	Флакони 25 мл, 50 мл		ТУ У 6-04689381.109-95МВ № 0035-95 від 27.10.95 р.	Знищення головних та лобкових вошей
3	Пара Плюс	"Скат", Франція	Аерозольний флакон 90 г	№ 223010. 06.97 р.		Знищення головних вошей, у т. ч. гнід
4	Спрегаль	"—"	Аерозольний флакон 160 г	№ 222810. 06.97 р.		Протискабозний засіб
5	Спрей-пакс	"—"	Аерозольний флакон 12 г	№ 222910. 06.97 р.		Знищення лобкових вошей
6	Шампунь SH-206	"Фармасайнс Інк.", Канада	Флакон 60 мл	№ 2735 12.21.97 р.		Знищення головних вошей
7	Нітіфор	"Біогал", Угорщина	Лосьйон у флаконах 60 мл	Б-8-242 № 2791 30.06.94 р.		Знищення головних вошей
8	НОК	"СТС", Ізраїль	Флакони 100 мл	№ П-0794 24.01.96 р.		Знищення головних вошей

Додаток 5. Про дезінфекційні засоби, дозволені до використання в Україні

№ з/п	Торговельна назва препарату	Фірма-виробник, країна	Форма випуску	Регістраційний номер, дата	Технічні умови, методичні вказівки МОЗ України	Показання до застосування
9	Снецифтир	"Спеціфар СА", Греція		№ П-0432 03.05.95 р.		Знищення головних вошей
10	Педилін	"КРКА", Словенія	Шампунь у флаконах 100 мл	№ Р-1836 21.10.96 р.		Знищення головних вошей
11	"—"	"—"	Емульсія у флаконах 100 мл	№ Р-1841 21.10.96 р.		Знищення головних вошей

IV. Інсектициди

№ з/п	Назва препарату	Фірма-виробник, країна	Препаративна форма та концентрація діючої речовини	Діюча речовина	Регістраційний номер, дата	Технічні умови, методичні вказівки МОЗ України	Призначення
1	Арріво	"ФМСІ", США	25% к. е.	Циперметрин	Сер. А № 00176 24.10.96 р.	МВ-21.09.95 р.	Знищення тарганів, постільних клопів, кімнатних мух, бліх, комарів, молі, кождів
2	Байгон — папір проти молі	"Байєр АГ", Німеччина	Паперова стрічка, 7,3%	Хлорпірифос	Сер. А № 00216 01.07.97 р.		Знищення молі
3	Байгон — липуча стрічка для мух		Липка стрічка		Сер. А № 00218 01.07.97 р.		Знищення мух
4	Байгон-принада, контейнер (таргани)		Контейнер-укриття 0,5%		Сер. А № 002.17 01.07.97 р.		Знищення тарганів
5	Гетт	"Дау Еланко", США	0,4% мке	Хлорпірифос	№ 00194 18.02.97 р.	МВ № 0080-96 від 30.08.96 р.	Знищення тарганів, клопів, бліх, рудих домових мурашок, мух
6	Емплайр-20		20% м. к.		№ 00195 18.02.97 р.	МВ № 0088-96 від 30.08.96 р.	Знищення тарганів, клопів, бліх, рудих домових мурашок, мух

№ з/п	Назва препарату	Фірма-виробник, країна	Препаративна форма та концентрація діючої речовини	Діюча речовина	Реєстраційний номер, дата	Технічні умови, методичні вказівки МОЗ України	Призначення
7	Алстар	"ФМС", США	1% контейнер-укриття	Сульфлора-мід	№ 00257 18.01.98 р.	МВ № 0074-96 від 14.06.96 р.	Знищення тарганів
8	Алстар		0,5% контейнер-укриття		№ 00258 18.01.98 р.	МВ № 0074-96 від 14.06.96 р.	Знищення рудих домоваших мурашок
9	Супер Кобра	"Іплан С.А.", Бельгія	0,15% аерозоль	Циперметрин	№ 00259 19.01.98 р.	МВ № 0075-96 від 14.06.96 р.	Знищення тарганів, постільних клопів, бліх
10	Рейд ФІК	"СК Джонсон, Європлат ВУ", Голландія	0,08%, 0,3% аерозоль	Сумітрин тетраметрин	Сер. Б № 00128 01.07.97 р.	МВ № 0071-96 від 14.06.96 р.	Знищення мух, комарів
11	Рейд СІК	"СК Джонсон КО. Вакс", Англія	0,65% аерозоль	Циперметрин тетраметрин	Сер. А № 00032 06.01.95 р.		Знищення тарганів, бліх, рудих домових мурашок
12	Рейд	"Сіапі Сас", Італія	0,03% принада-укриття	Хлорпірифос	Сер. А № 00219 01.07.97 р.	МВ № 0057-96 від 21.03.96 р.	Знищення рудих домоваших мурашок
13	Рейд	"—"	0,5% принада-укриття	"—"	Сер. А № 0022001.07.97 р.	МВ № 0058-96 від 29.04.96 р.	Знищення тарганів
14	Інта-Вір	НВП "Віртан", Росія	3,75% табл.	Циперметрин	№ 00132 21.03.96 р.		Знищення тарганів, клопів, бліх
V. Родентициди							
1	Шторм	"Ціанамід", США	0,005% воскові брикети	Флокумафен	Сер. А № 00214 28.05.97 р.	МВ № 0087-96 від 30.08.96 р.	Знищення пацюків та мишей
2	Ратиндан	НВО "Спецтехнологія", Україна	Порошок у мішках по 10, 15 кг	Дифенацин	ТУ У-19355289.01-96		Знищення пацюків та мишей

Примітка: У Перелік не ввійшли такі засоби захисту рослин, які дозволені Укреджкімкомісією для роздрібного продажу населенню: Акробат МЦ ("Ціанамід", США); Банкол ("Такеда", Японія); Гліфоган ("Мактишим Аган Кемікал", Ізраїль); Дещис ("АгрЕво", Німеччина); Карате ("Зенека", Англія); Кінмекс ("Хіноін", Угорщина); Номолт ("Ціанамід", США); Скор ("Новартис", Швейцарія); Сонет ("ДауЕланко", США); Фастак ("Ціанамід", США); Шерпа ("Рог-Пуленк", Франція).

Додаток 5.2
Схема використання дезінфекційних засобів

Найменування	Обробка інструментарію		Поточне прибирання		Генеральне прибирання	
	Вміст, %	Експозиція, хв	Вміст, %	Експозиція, хв	Вміст, %	Експозиція, хв
1 Дезактин (поєднано з ПСО)	0,2 0,5	60 45	0,2 0,5	90 60	1	60
2 Неохлор	0,15	60	0,05	60	0,25	30
3 Хлорантоїн (поєднано з ПСО)	0,2	60	0,2 0,1	60 120 — інвентар для прибирання	1	120 — інвентар для прибирання
4 Дезефект (поєднано з ПСО) (ендоскопи 3,8—20° — 60 хв). Використання 5 днів	2,3—50° 3,8—50°	60 30	2,3	60	2,3—20° 3,8—20°	120 60
5 Максисан (поєднано з ПСО). Використання до зміни кольору	0,17—50° 0,25—18°	30 90	0,17	10	0,25 0,25	60 90 — інвентар для прибирання
6 Дезекон (поєднано з ПСО)	1,5—50° 1,5	10 90	0,4 1,5	60 10	1,5	60
7 Септодор-форте (поєднано з ПСО) (ендоскопи)	0,2 0,4	60 30	0,025 — (незабруднена поверхня) 0,05	120 60	0,2	60
8 Лізоформін 3000 (поєднано з ПСО) (ендоскопи) — одна робоча зміна	1 1,5 2 8 (стерилізація)	60 30 15 60	0,25 0,5	240 60	1 1,5 2	60 30 15
9 Корзолеко-плюс (поєднано з ПСО) (ендоскопи) — 7 днів до зміни кольору	3 2 1	15 30 60	—	—	—	—

Найменування	Обробка інструментарію		Поточне прибирання		Генеральне прибирання	
	Вміст, %	Експозиція, хв	Вміст, %	Експозиція, хв	Вміст, %	Експозиція, хв
10 Корзолекс базик (поєднано з ПСО) (ендоскопи) — 7 днів до зміни кольору	2 1 4 (туберкульоз) 3 (туберкульоз) 2 (туберкульоз) 5 (стерилізація)	15 60 15 30 60 4 год	—	—	—	—
11 Корзолекс екстра (поєднано з ПСО) (ендоскопи) — 7 днів до зміни кольору	3 (туберкульоз) 2 (туберкульоз) 1,5 (туберкульоз) 2 1	15 30 60 15 30	—	—	—	—
12 Дескотон форте Лише інструменти (ендоскопи)	0,5 1,5 2 1 (туберкульоз) 1,5 (туберкульоз) 2 (туберкульоз)	60 30 15 60 30 15	—	—	—	—
13 Сайдекс (ендоскопи) — 14 днів до зміни кольору	(стерил.) 250	15 20 (ендоскоп) 30 (туберкульоз) 10 год				
14 Дисмозон пур	0,25 0,5	60 60 (туберкульоз)	1 0,75 0,5	15 30 60	0,5	60
15 Бациллоцид расант	0,5 0,25	15 60	0,5 0,25	15 60	2 1,5	60 120

Додаток 5.3

**Схема санітарно-протиепідемічного режиму (інфекційного контролю)
у лікувально-профілактичних закладах в діючих наказах**

Алгоритми методів та засобів дезінфекції

Назва об'єкта	Види дезінфекційного агента	Режим дезінфекції		Спосіб обробки	Вимоги наказу №
		Концентрація розчину, %	Експозиція, хв		
Поверхні приміщень, устаткування: • ліжка; • тумбочки; • каталки; • медичні ваги; • ростомір; • клейонка з кушетки для огляду пацієнта; • клейончасті фартухи; • чохла для матраців та мішки з полімерів для брудної білизни;	Хлорамін	1		Двічі протирають з інтервалом 15 хв серветкою, змоченою одним із дезрозчинів або зрошують розчином із гідропульта (250—300 мл на 1 м ²) з часом дії 60 хв, надалі во-логе прибирання	408 288 720
	Водню пероксид з 0,5 % розчином мийного засобу	3			
• медичні прилади, кисневі балони; • апарати з корозієстійких металів та ін. • сітки для градуйованих пляшок; • холодильник (внутрішні поверхні); • підлога, забруднена виділеннями	Сульфохлорантин	0,2	60	Після прибирання виділень забруднене місце заливають одним із дезрозчинів	
	Водню пероксид з 0,5 % розчином мийного засобу	3	60		
	Хлорамін	3			
Поверхні приміщення операційного блоку, перев'язувальних (гнійних та чистих), маніпуляційного кабінету обробляють 1 раз на тиждень 6 % розчином водню перексиду з 0,5 % розчином мийного засобу з подальшим промиванням водою через 60 хв та опроміненням бактерицидною лампою					720
Поверхні лабораторних столів у клінічних, біохімічних та інших лабораторіях	Хлорамін Водню пероксид Сульфохлорантин	3 6 0,5		Наприкінці робочого дня протирають серветкою, змоченою в одному із дезрозчинів При забрудненні кров'ю негайно протирають двічі з інтервалом 15 хв	408

Додатки

Назва об'єкта	Види дезінфекційного агента	Режим дезінфекції		Спосіб обробки	Вимоги наказу №
		Концентрація розчину, %	Експозиція, хв		
Санвузли, кімнати для брудної білизни	Хлорамін	3		Двічі протирають з інтервалом 15 хв ганчіркою, змоченою одним із дезрозчинів або зрошують розчином із гідропульта (250—300 мл на 1 м ²) з часом дії 60 хв, надалі во-логе прибирання	408
Санітарно-технічне об-ладнання (ванни, рако-вини, унітази)	Мийно-дезінфекційні засоби	0,5 г на 100 см ² поверхні		Протирають зволоженою серветкою. Двічі протирають одним із дезрозчинів із подальшим промиванням водою	288
	Хлорамін	1	5		720
	Водню пероксид з 0,5 % розчином мийно-го засобу	3			408
Гумові килимки	Хлорамін	1	60	Занурюють у дез-розчин із пода-льшим проми-ванням водою або двічі проти-рають з інтерва-лом 15 хв. Зро-шують із подаль-шим промиванням водою	288
	Водню пероксид з 0,5 % розчином мийно-го засобу	3	30		720
Килимки та губки з поро-лону	Водню пероксид з 0,5 % розчином мийно-го засобу	3	30	Занурюють у дез-розчин	288
					720
Щітки для миття рук, мо-чалки	Вода водопровідна	2	30	Кип'ятять Автоклавують	720
	Содовий розчин		15		288
	Водяна пара під тиском 0,5 атм.		20		
Інвентар для прибиран-ня: ганчірки та ін.	Мильно-содовий розчин	2	15	Кип'ятять із по-дальшим споліс-куванням	720
	Хлорамін	1			Занурюють у дез-розчин із подаль-шим споліскуван-ням та висушу-ванням
	Сульфохлорантин	0,2	60		

Додаток 5. Про дезінфекційні засоби, дозволені до використання в Україні

Назва об'єкта	Види дезінфекційного агента	Режим дезінфекції		Спосіб обробки	Вимоги наказу №
		Концентрація розчину, %	Експозиція, хв		
Білизна хворого (натільна і постільна), рушники та ін., не забруднені виділеннями, марлеві маски, санітарний одяг персоналу. Постільні речі (матраци, подушки, ковдри)	Мильно-содовий розчин	2	15	Кип'ятять Занурюють у дезрозчин при нормі 5 л на 1 кг сухої білизни з подальшим споліскуванням та пранням	408
	Хлорамін	1	60		
	Водню пероксид із 0,5 % розчином мийного засобу	3			
	Сульфохлорантин	0,1	60		
Білизна, забруднена виділеннями (кров'ю)	Хлорамін	3	120	Занурюють у дезрозчин при нормі 5 л на 1 кг сухої білизни з подальшим споліскуванням та пранням	408
	Водню пероксид з 0,5 % розчином мийного засобу	3	180		
	Сульфохлорантин	0,1	120		
Тапочки хворих	Формалін	25	180	Протирають тампоном, змоченим одним із розчинів, провітрюють Кип'ятять, окрім пластмасових	288 720
	Оцтова кислота	40	180		
Іграшки	Мильно-содовий розчин	2	15	Кип'ятять окрім пластмасових. Занурюють у дезрозчин або протирають серветкою, змоченою в розчині з подальшим миттям водою	288 408
	Хлорамін	1	60		
	Сульфохлорантин	0,6	30		
Посуд хворого (чайний, столовий), звільнений від залишків їжі	Содовий розчин	2	15	Кип'ятять Занурюють в один із дезрозчинів із подальшим миттям водою Прогрівання вимитого посуду в повітряних стерилізаторах	288 408
	Хлорамін	1	60		
	Сульфохлорантин	0,2	30		
	Водню пероксид з 0,5 % розчином мийного засобу	3	30		
	Суше гаряче повітря температури 120±4 °С		45		
Серветки, мочалка для миття посуду	Содовий розчин	2	15	Кип'ятять Занурюють в один із дезрозчинів із подальшим споліскуванням та висушуванням	288 408
	Хлорамін	1	60		

Додатки

Назва об'єкта	Види дезінфекційного агента	Режим дезінфекції		Спосіб обробки	Вимоги наказу №
		Концентрація розчину, %	Експозиція, хв		
Залишки їжі	Вода водопровідна	100 °С	15	Кип'ятять Засипають та перемішують; якщо мало вологи, додають воду у співвідношенні 1:4	288 408
Поверхні обідніх столів	Хлорамін	1		Після сніданку та обіду мийуть гарячою водою з милом, після вечері — протирають ганчіркою, змоченою в розчині хлораміну	408
Виділення хворого (фекалії, сеча, блювотні маси та ін.)	Хлорне вапно (сухе)	200 г/кг	60	Засипають із подальшим перемішуванням	408
Посуд з-під виділень (судна, відра, горщики, баки)	Хлорамін	1; 3	60; 30	Занурюють у дезрозчин із подальшим миттям водою	408
	Сульфохлорантин	0,5	120		
Залишки крові (згустки, сироватка) у флаконах, каструлях, відрах	Хлорне вапно (сухе)	200 г/кг	60	Засипають та перемішують. Співвідношення дезречовини до залишків 1:5	408
Тази, лотки емальовані, тази та лотки для використання перев'язувального матеріалу	Хлорамін	1; 3	30	Промивають з подальшою експозицією протягом 60 хв або занурюють у дезрозчин на 30 хв із подальшим миттям водою	720 4 408
	Водню пероксид з 0,5 % розчином мийного засобу	3			
	Сульфохлорантин	0,2			
Вироби з гуми: • грілки; • міхури для льоду; • гумові трубки; • підкладні круги	Хлорамін	1		Двічі протирають серветкою, змоченою одним із дезрозчинів з інтервалом 15 хв із подальшим миттям водою	288 720
	Водню пероксид із 0,5 % розчином мийного засобу	3			
	Сульфохлорантин	0,2			
Зонди для годування дитини: • соски; • балон для відсмоктування слизу	Дистильована вода температури 100 °С Дистильована вода з 2 % розчином натрію гідрокарбонату температури 100 °С Вода, насичена паром під тиском, температури 110±2 °С		30	Кип'ятять	4
			15	Кип'ятять	
			20	Автоклавують	

Додаток 5. Про дезінфекційні засоби, дозволені до використання в Україні

Назва об'єкта	Види дезінфекційного агента	Режим дезінфекції		Спосіб обробки	Вимоги наказу №
		Концентрація розчину, %	Експозиція, хв		
Балончики для збирання молока, скляні ліжки	Дистильована вода температури 100 °С Дистильована вода з 2 % розчином натрію гідрокарбонату Сухе гаряче повітря температури 120±4 °С		30	Кип'ятять	4
			15	Кип'ятять	
			45	Прогрівають у повітряному стерилізаторі	
Подушка для кисню Манжетки для вимірювання АТ	Водню пероксид Сульфохлорантин	3 0,1		Двічі протирають серветкою, змоченою одним із дезрозчинів, з інтервалом 15 хв	4
Кисневі маски, наконечник кисневої подушки, мішок "Амбу"	Водню пероксид	3		Двічі протирають з інтервалом 15 хв із подальшою дією протягом 60 хв	4
Стетофонендоскопи, сантиметрові смужки	Хлорамін Б Амфолан	0,5 1		Двічі протирають серветкою, змоченою одним із дезрозчинів з інтервалом 15 хв із подальшою дією протягом 60 хв	4
Кувез	Хлорамін Б з 0,5 % розчином мийного засобу Водню пероксид з 0,5 % розчином мийного засобу Сульфохлорантин Амфолан	1		Двічі протирають із подальшою дією протягом 60 хв та протиранням стерильними серветками, змоченими у стерильній дистильованій воді	4
		3			
		0,2			
		1			
Машинка для стрижки волосся	Спирт етиловий	70	15	Занурюють	288
Термометр медичний Після контакту зі слизовими оболонками	Хлорамін Водню пероксид Сульфохлорантин Хлорамін	1; 0,5	15; 30	Повністю занурюють в один із дезрозчинів, промивають та висушують	288 720 408
		3	80		
		0,1	30		
		3	60		

Додатки

Назва об'єкта	Види дезінфекційного агента	Режим дезінфекції		Спосіб обробки	Вимоги наказу №
		Концентрація розчину, %	Експозиція, хв		
Інструментарій з металу для огляду (хірургічний, оториноларингологічний, гінекологічний, стоматологічний та ін.) Ножиці для зрізання нігтів, набори для гоління. Вироби зі скла (піпетки, пробірки, скляні перехідники, капіляри, індивідуальні плювальниці та ін.). Вироби із пластмаси (одноразові шприци, наконечники для клізм та ін.). Вироби з гуми (зонди, катетери, газовідвідні трубки, гумові балони для відсмоктування слизу та ін.)	Хлорамін	3	60	Промивають отвори в ємкості № 1 із подальшим замочуванням в ємкості № 2. Після знезаражування промивають проточною водою. Передстерилізаційне очищення та стерилізацію проводять відповідно до ГОСТ 4221-2-85	408
	Сульфохлорантин	0,5	60		
	Водню пероксид	6	60		
	Водню пероксид із 0,5 % розчином мийного засобу	6	60		
<p>Передстерилізаційне очищення</p> <ul style="list-style-type: none"> • Замочують у мийному розчині (повне занурення) температури 50—55 °С на 15 хв із подальшим миттям кожного інструмента в мийному розчині за допомогою йорша або ватно-марлевого тампона протягом 30 с. • Промивають під проточною водою протягом 10 хв. • Промивають у дистильованій воді. • Висушують гарячим повітрям до повного усунення вологи за температури 85 °С. <p>Склад мийного розчину: 5 г мийного засобу, 17 мл 27,5 % розчин водню пероксиду, 978 мл води. Якість передстерилізаційного оброблення на наявність крові оцінюють постановкою однієї з проб (азопірамової чи "Факел-2"). При позитивній азопірамовій пробі з'являється рожево-бузкове забарвлення; при позитивній пробі із препаратом "Факел-2" — вишневе. На виявлення залишків мийного засобу проводять фенолфталеїнову пробу. Позитивна проба дає рожеве забарвлення.</p>					
Одноразові системи	Хлорамін	3	60	Через систему пропускають дезрозчин із подальшим замочуванням їх у дезрозчині та миттям водою. Після знезараження розрізують, голки деформують	408
	Сульфохлорантин	0,5	60		
	Водню пероксид	6	60		
Штативи	Хлорамін	3		Двічі протирають серветкою, змоченою дезрозчином, з інтервалом 15 хв	408

Додаток 5. Про дезінфекційні засоби, дозволені до використання в Україні

Назва об'єкта	Види дезінфекційного агента	Режим дезінфекції		Спосіб обробки	Вимоги наказу №
		Концентрація розчину, %	Експозиція, хв		
Гумові рукавички	Хлорамін Водню пероксид Водню пероксид з 0,5 % розчином мийного засобу	3 4 4	60 60 60	Занурюють в один із дезрозчинів	408
Руки медперсоналу перед маніпуляцією (без рукавичок) Руки медперсоналу перед маніпуляцією (у гумових рукавичках)	Хлорамін Етиловий спирт Хлорамін	0,5 70 3	2 2 2	Протирають ватним тампоном, змоченим у дезрозчині, двічі миють під проточною водою індивідуальним туалетним милом та витирають індивідуальним рушником	408
Транспорт для перевезення хворих (ручки, носі, підлога, внутрішні поверхні)	Хлорамін Сульфохлорамін	1 0,2		Двічі протирають серветкою, змоченою в дезрозчині, з подальшим миттям водою з інтервалом 15 хв або зрошують розчином із гідропульта (250—300 мл на 1 м ²); тривалість дії 60 хв, подальше вологе прибирання	408
Сміття	Хлорне вапно Хлорно-вапняне молоко	10 20	120 60	Сміття заливають одним із дезрозчинів у співвідношенні 2:1	408

У протитуберкульозних диспансерах у зв'язку зі стійкістю туберкульозної палички використовують 5 % розчин хлораміну.

Для профілактики внутрішньолікарняних інфекцій використовують сучасні дезпрепарати: хлорантоїн (Україна), ОДО-БДН (США), клорсепт (Ірландія), бацилоцид расант (Німеччина), стериліум (Німеччина), деконекс 50 ФФ (Швейцарія), саніфект 128 (США) та ін.

Облікові документи

Перелік форм первинної медичної облікової документації

Назва форми	№ форми	Термін зберігання, роки
<i>Медична облікова документація, що її використовують у стаціонарах</i>		
Медична карта стаціонарного хворого	003/о	25
Листок лікарських призначень	0034/о	25
Протокол переливання крові та її компонентів	003--5/о	25
Температурний листок	004/о	25
Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин	005/о	25
Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару	007/о	1
Журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин	009/о	5
Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару	066/о	5
<i>Медична облікова документація, що її використовують у поліклініках (амбулаторіях)</i>		
Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома	003—2/о	3
Статистичний талон для реєстрації остаточної (уточненої) діагнозу	025—2/о	1
Талон на прийом до лікаря	0254/о	1
Талон амбулаторного пацієнта	025—6/о	1
Талон амбулаторного пацієнта (скорочений варіант)	025—7/о	1
Медична карта дитини (для школи, школи-інтернату, школи-ліцею, дитячого будинку, дитячого садка)	026/о	10
Контрольна карта диспансерного нагляду	030/о	5
Книга запису викликів лікарів додому	031/о	3
Відомість обліку відвідувань у поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома	039/о	1
Карточка попереднього запису на прийом до лікаря	040/о	1
Карта профілактичних флюорографічних досліджень	052/о	1
Карта обстеження дитини (підлітка) з незвичайною реакцією на вакцинацію (ревакцинацію) БЦЖ	055/о	5
Карта профілактичних щеплень	063/о	5
Журнал обліку профілактичних щеплень	064/о	3
Журнал запису амбулаторних операцій	069/о	5
Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі	071/о	1
Санаторно-курортна карта	072/о	25
Санаторно-курортна карта для дітей і підлітків	076/о	25
Медична довідка учня, який від'їжджає в оздоровчий табір	079/о	3

Додаток 7. Етичний Кодекс медичної сестри України

Назва форми	№ форми	Термін зберігання, роки
Медичний висновок на дитину (підлітка) — інваліда з дитинства віком до 16 років	080/о	3
Історія розвитку дитини	112/о	25
Журнал обліку роботи кабінету інфекційних захворювань	128/о	3
Карта обліку диспансеризації	131/о	5
<i>Медична облікова документація, що її використовують у стаціонарах та поліклініках (амбулаторіях)</i>		
Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого	027/о	3
Журнал запису висновків лікарсько-консультативної комісії	035/о	3
Журнал реєстрації листків непрацездатності	036/о	3
Журнал обліку роботи з гігієнічного виховання населення	038/о	1
Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення	058/о	1
Журнал обліку інфекційних захворювань	060/о	3
Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, профтехучилища про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад	095/о	1
Медична довідка про перебування дитини під наглядом лікувального закладу	103— 1/о-96	1
Лікарське свідоцтво про смерть	106/о—95	1
Журнал обліку померлих	151/о	10
<i>Медична облікова документація, що її використовують в інших закладах охорони здоров'я</i>		
Журнал реєстрації амбулаторних хворих	074/о	10
Журнал запису звернень про невідкладну медичну допомогу	115/о	3

Додаток 7

Етичний Кодекс медичної сестри України

Частина 1. Загальні положення

Частина 2. Медична сестра і пацієнт

Стаття 1. Медична сестра як особистість

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

Стаття 3. Професійна компетентність — головна умова сестринської діяльності

Стаття 4. Повага прав пацієнта, гуманне ставлення до пацієнта

Стаття 5. Шанування людської гідності, потреб та цінностей пацієнта

Стаття 6. Перш за все — не нашкодь

Стаття 7. Медична сестра і право пацієнта на інформацію

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

Стаття 9. Обов'язок зберігати професійну таємницю

Стаття 10. Медична сестра та хворий, що помирає

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

Частина 3. Медична сестра та її професія

Стаття 12. Повага до своєї професії

Стаття 13. Медична сестра і колеги

Стаття 14. Медична сестра та сумнівна медична практика

Частина 4. Медична сестра та суспільство

Стаття 15. Моральна та правова відповідальність медичної сестри перед суспільством

Стаття 16. Підтримка сестринської справи

Стаття 17. Гарантії та захист законних прав медичної сестри

Частина 5. Професійні медичні організації

Стаття 18. Відповідальність професійних медсестринських організацій

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

Частина 6. Дія Етичного Кодексу медичної сестри України.

Відповідальність за його порушення та порядок перегляду

Стаття 20. Дія Етичного Кодексу

Стаття 21. Відповідальність за порушення Етичного Кодексу

Стаття 22. Перегляд та тлумачення Етичного Кодексу

Етичний Кодекс медичної сестри України

Медичні сестри України приймають даний Етичний Кодекс, враховуючи велике значення морально-етичних норм в охороні здоров'я населення, важливу роль медичної сестри як представника однієї із самих масових медичних професій у суспільстві, а також керуючись сучасними етико-нормативними документами міжнародних медичних організацій.

Частина 1. Загальні положення

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

Частина 2. Медична сестра і пацієнт

Стаття 1. Медична сестра як особистість

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

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

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

Стаття 3. Професійна компетентність — головна умова сестринської діяльності

Медична сестра повинна завжди виконувати свої обов’язки професійно, згідно зі стандартами діяльності медичної сестри, визначеними Міністерством охорони здоров’я України. До професійних вимог належить: творче відношення до своїх обов’язків, вміння швидко орієнтуватися в інформації, вибрати з неї найнеобхідніше, безперервно удосконалювати свої спеціальні знання та навички, підвищувати свій культурний рівень. Медична сестра повинна буди компетентною у відношенні моральних і юридичних прав пацієнта. Медична сестра підтримує самі високі стандарти у сфері сестринської практики з урахуванням реальних ситуацій, керуючись вимогами законодавства України, принципами професійної етики. Медична сестра несе персональну відповідальність за виконання своїх професійних обов’язків.

Стаття 4. Повага прав пацієнта, гуманне ставлення до пацієнта

Співчуття та повага до життя пацієнта є невід’ємною складовою професії медичної сестри. Медична сестра повинна поважати права пацієнта на полегшення страждань, не має права сприяти самогубству хворого. Медична сестра повинна діяти в рамках своєї компетентності, щоб захистити права пацієнта, які були проголошені ВООЗ та Всесвітньою медичною асоціацією. Пацієнт має право на різнопланові зручності, які гарантують таємницю його індивідуальних особливостей при огляді, діагностичних та лікувальних процедурах. Присутніми можуть бути тільки особи, необхідні для проведення медичних втручань. У виняткових і особливих ситуаціях діагностичні і лікувальні процедури, операційні втручання при невідкладно-

му стані пацієнта можуть бути проведені всупереч волі уповноважених осіб. Медична сестра у таких випадках повинна керуватися невід'ємними правами людини, законами України та найвищими інтересами пацієнта.

Стаття 5. Шанування людської гідності, потреб та цінностей пацієнта

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

Стаття 6. Передусім — не нашкодь

Медична сестра постійно повинна пам'ятати про виконання найдавнішого етичного принципу медицини: “Передусім — не нашкодь!”, проявляючи максимальну уважність і обережність під час сестринських втручань і виконання медичних призначень. Виконуючи втручання, які можуть негативно впливати на пацієнта, медична сестра повинна передбачити заходи безпеки та профілактичні заходи щодо запобігання ускладненням.

Стаття 7. Медична сестра і право пацієнта на інформацію

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

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

Медична сестра повинна поважати права пацієнта чи його представника (коли вона має справу з дитиною або недієздатним психічнохворим) погоджуватись на медичне втручання або відмовитися від нього. Медична сестра повинна бути впевнена, що пацієнт погоджується або відмовляється добровільно та свідомо. Мораль-

ний та професійний обов'язок медичної сестри в міру своєї кваліфікованості роз'яснити пацієнту наслідки відмови від медичного втручання. Відмова пацієнта не повинна негативно впливати на ставлення до нього медичних працівників. Пацієнт має право відмовитися від участі у науково-дослідній діяльності медичної сестри, а також у навчальних програмах медичних закладів. Для медичного втручання щодо неповнолітніх або недієздатних пацієнтів треба мати попередню згоду юридично уповноважених осіб (батьки, родичі, опікуни, адвокати).

Стаття 9. Обов'язок зберігати професійну таємницю

Медична таємниця має моральний та юридичний аспект. Медичні сестри не мають права розповсюджувати відомі їм при виконанні професійних обов'язків відомості про хворобу, інтимні та сімейні сторони життя пацієнта. За розповсюдження професійної таємниці медична сестра несе моральну та юридичну відповідальність. Медична сестра має право розкрити конфіденційну інформацію про пацієнта іншій особі тільки за згоди пацієнта. Всі відомості про пацієнта, що пов'язані із станом його здоров'я або особистого характеру, зберігаються у таємниці, навіть після смерті пацієнта, якщо це загрожує іншим людям. Вся інформація пацієнта повинна бути надійно захищена від сторонніх осіб. Це стосується і біологічних матеріалів, узятих для лабораторних аналізів чи наукових досліджень організму пацієнта.

Стаття 10. Медична сестра та помираючий хворий

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

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

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

Частина 3. Медична сестра та її професія

Стаття 12. Повага до своєї професії

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

Стаття 13. Медична сестра і колеги

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

Стаття 14. Медична сестра та сумнівна медична практика

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

Частина 4. Медична сестра та суспільство

Стаття 15. Моральна та правова відповідальність медичної сестри перед суспільством

Медичній сестрі довіряють турботу про здоров'я і життя громадян. Суспільство вимагає, щоб медичні сестри чесно ставились до цієї почесної і важливої справи, з почуттям високої відповідальності виконували свій обов'язок, підвищували свої професійні знання. Медична сестра зобов'язана відповідати за всі упущення, які сталися внаслідок недбалості, злочинної байдужості, умисного зловживання. Моральний обов'язок медичної сестри — піклуватися про доступність і високу якість сестринської допомоги населенню. Медична сестра повинна брати активну участь у медико-санітарній освіті населення; допомагати в удосконаленні методів боротьби з

хворобами, попереджувати пацієнта, органи влади та суспільство в цілому про екологічну небезпеку, робити свій вагомий внесок в організацію рятувальних служб.

Стаття 16. Підтримка сестринської справи

Моральний обов'язок медичної сестри є всебічне сприяння розвитку реформи сестринської справи в Україні. Медична сестра повинна підтримувати незалежність, цілісність сестринської справи, її автономію, привертати увагу суспільства та засобів масової інформації до потреб, досягнень та недоліків сестринської справи. Медична сестра повинна захищати суспільство від невірної інформації про сестринську справу. Самореклама несумісна з медичною етикою.

Стаття 17. Гарантії та захист законних прав медичної сестри

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

Частина 5. Професійні медичні організації

Стаття 18. Відповідальність професійних медсестринських організацій

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

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

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

**Частина 6. Дія Етичного Кодексу медичної сестри України.
Відповідальність за його порушення та порядок перегляду**

Стаття 20. Дія Етичного Кодексу

Вимоги Кодексу обов'язкові для усіх медичних сестер України. Лікарі та медсестри, які викладають у медичних училищах, коледжах та на медсестринських факультетах вищих медичних навчальних закладів, повинні ознайомити студентів з Етичним Кодексом медичної сестри України. Лікарі та медсестри, які виклада-

ють у навчальних закладах, своєю поведінкою повинні подавати приклад студентам.

Стаття 21. Відповідальність за порушення Етичного Кодексу

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

- а) зауваження;
- б) попередження про неовну професійну відповідність;
- в) припинення членства в Асоціації на строк до 1 року;
- г) повідомлення в місцеві та центральні керівні органи охорони здоров'я про факти порушення.

Стаття 22. Перегляд та тлумачення Етичного Кодексу

Зміна обставин потребує постійного перегляду цього Кодексу. Додатки до Кодексу можуть бути необхідними для того, щоб знайти шлях у вирішенні особливої ситуації.

Право перегляду Етичного Кодексу медичної сестри України та тлумачення його окремих положень належить Міністерству охорони здоров'я України за узгодженням з Асоціацією медичних сестер України.

**Кодекс міжнародної ради медсестер.
Етичні основи сестринської справи**

На медсестру покладено чотири основні обов'язки: зберігати здоров'я, запобігати захворюванням, відновлювати здоров'я та полегшувати страждання.

Потреба в роботі медсестри універсальна. Сестринська справа передбачає повагу до життя, гідності і прав людини. Вона не має обмежень за національними або расовими ознаками, за ознаками віросповідання, кольору шкіри, віку, статі, політичного або соціального стану.

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

МЕДСЕСТРА І ПАЦІЄНТИ

Основну відповідальність медсестра несе перед тими, хто має потребу в її допомозі. Надаючи допомогу, медсестра намагається створити атмосферу чемного ставлення до цінностей, звичаїв і духовних переконань пацієнтів. Медсестра зберігає отриману конфіденційну особисту інформацію і ділиться нею з великою обережністю.

МЕДСЕСТРА І ПРАКТИКА

На медсестрі лежить особиста відповідальність за здійснення сестринської справи на практиці і за постійне удосконалення кваліфікації. Медсестра намагається виконувати роботу на самому високому рівні, можливого в даній ситуації. Медсестра приймає виважені рішення про особисту компетенцію, даючи і беручи на себе доручення. Виконуючи професійні обов'язки, медсестра повинна постійно вести себе так, щоб не підірвати довіру до професії.

МЕДСЕСТРА І СУСПІЛЬСТВО

Медсестра, як і інші громадяни, несе відповідальність за здійснення і підтримку заходів, спрямованих на задоволення суспільних запитів у галузі охорони здоров'я.

МЕДСЕСТРА І СПІВРОБІТНИКИ

Медсестра підтримує стосунки співробітництва з іншими медсестрами і з тими, з ким їй доводиться працювати в інших галузях. Медсестра вживає необхідних заходів для безпеки пацієнта, якщо його стану існує загроза з боку працівників або інших людей.

МЕДСЕСТРА І ПРОФЕСІЯ

Медсестра виконує головну роль у визначенні і втіленні бажаних стандартів сестринської практики і спеціальної освіти. Медсестра бере активну участь у розвитку професійних знань. Медсестра, працюючи в професійній організації, бере участь у розробці і забезпеченні справедливих соціальних та економічних умов праці.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Веденко Б.Г.* Старшая медицинская сестра. — К.: Здоров'я, 1986. — 120 с.
- Гребенев А.Л., Шептуло А.А.* Основы общего ухода за больными. — М.: Медицина, 1991. — 256 с.
- Дронов А.Ф., Лелюшкин А.И., Кондратьева Л.М.* Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. — М.: Медицина, 1987. — 224 с.
- Дуденко Г.И., Цыганенко А.Я., Лупырь В.М.* и др. Общий уход за хирургическими больными. — Харьков: Изд. ХГУ, 1989. — 140 с.
- Загальний догляд за дітьми: навч. посібник.* Л.С. Калиновська, В.Й. Гроховський, А.Х. Жагліна та ін. — К.: Вища школа, 1993. — 117 с.
- Збірник важливих офіційних матеріалів з санітарних і протиепідемічних питань //* Головне санітарно-епідеміологічне управління Міністерства охорони здоров'я України, Том II, Частина 2. — К., 1996.
- Капітан Т.В.* Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. — Навч. вид.: Поділля, 2004. — С. 5—24.
- Лупальцов В.И., Цыганенко А.Я.* Элементы общего ухода за больными в хирургическом стационаре: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. — Харьков: ХГМУ, 1999. — 232 с.
- Мазурин А.В., Запруднов А.М., Григорьев К.И.* Общий уход за детьми: Учебное пособие. 3 изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1998. — 296 с.
- Майданник В.Г., Бурлай В.Г.* Ваша дитина (догляд та виховання). — К., 2004. — 298 с.
- Майданник В.Г., Дука К.Д., Бурлай В.Г.* Практикум з пропедевтичної педіатрії з доглядом за дітьми. — К.: Знання України, 2002.
- Методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями //* Затверджено МОЗ СРСР за № 28-6/34 від 2.09.1987 р.
- Методичні вказівки “Структура та функції дитячих лікувально-профілактичних закладів”.*
- Милич М.В., Лапченко С.Н., Поздняков В.И.* Учебное пособие по специальному уходу за больными. М.: Медицина, 1974. — 240 с.
- Нетяженко В.З., Сьоміна А.Г., Присяжнюк М.С.* Загальний та спеціальний догляд за хворими. — К.: Здоров'я, 1993. — 304 с.
- Сестринська справа /* за ред. М.Г. Шевчука. — К.: Здоров'я, 1994. — 496 с.
- Справочник медицинской сестры по уходу /* под. ред. Н.Р. Палеева. — М.: Медицина, 1989. — 527 с.
- Тарасюк В.С., Сметаніна Ж.Ж., Назаренко Н.І.* Медична сестра в інфекційному контролі лікарні (санітарно-протиепідемічний режим у діючих наказах): Навчальний посібник. 1-ше видання. — Вінниця: Нова книга, 2002. — 160 с.
- Тимофеев Н.С., Ханина А.П., Тимофеев Н.Н.* Руководство для младшего медицинского персонала операционно-перевязочного блока. — Л.: Медицина, 1983. — 140 с.

Угрожающие состояния у детей. Экстренная врачебная помощь: Справочник. — 3-е изд., испр. и доп. — СПб.: СпецЛит, 2003. — 222 с.

Хирургические манипуляции (под ред. Б.О. Милькова, В.И. Круцяка). — К.: Виша школа, 1985. — 207 с.

Хірургія / за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О. Шідловського. — Дніпропетровськ: РВА Дніпро VAL, 2006. — 443 с.

Шабад А.Л. Учебное пособие по урологии с уходом за больными. — М.: Медицина, 1983. — 237 с.

Шевчук М.Г., Хохоля В.П. Хирургические манипуляции. — К.: Здоров’я, 1987. — 132 с.

Шуліпенко І.М. Загальний та спеціальний догляд за хворими з основами валеології. — К.: Здоров’я, 1998. — 384 с.

Элементы общего ухода за больными в хирургическом стационаре: Учебное пособие для студентов медицинских вузов / В.И. Лупальцов, А.Я. Цыганенко. — Харьков: ХГМУ, 1999. — 232 с.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

- Автоклав 242, 297
Агонія 157
Анамнез 50
— життя 50, 275, 291
— захворювання 50, 275, 291
Антибіотики 106
— розведення 106
— діагностична проба 109, 111
Антисептика 231, 278, 298, 299, 331
— біологічна 237
— класифікація 234
— механічна 236
— неспецифічна 238
— показання 231, 305, 306
— специфічна 238
— фізична 235
— хімічна 237
Антропометрія 18
— вимірювання зросту 18
— вимірювання маси тіла 18, 352, 353
— вимірювання обводу грудної клітки 18, 353
— визначення температури тіла 63
— вимірювання зросту дітей 351, 352
— — вимірювання обводу голови 353
— дітей 279
— зважування дітей 352, 353
Аритмія 75
— екстрасистолічна 75
— миготлива 75
Артеріальний тиск 75
— діастолічний 75
— методика вимірювання 76
— пульсовий 75
— систолічний 75
— у дітей 288, 309
Асептика 203, 239, 251, 278, 331
Астма 89
Банки 130
Ванна 21, 139
— види 139, 313
— газові 140
— гарячі 139
— гігієнічна 21, 313
— догляд під час процедури 22, 141
— загальна 139
— індиферентна 140
— крохмальна 140, 315
— лікувальна 141, 314
— механізм дії 139, 140, 313
— місцева 139, 313, 315
— прохолодна 139
— радонова 140
— сірководнева 140
— скипидарна 140
— тепла 139
— хвойна 139, 315
— холодна 139
— шавлієва 140
Вигодовування
— грудне 338
— змішане 344
— правила 339
— режим 340
— штучне 345
Вимірювання (див. Антропометрія)
Відділення
— лікувальне 283
— приймальне 14, 283, 291
— терапевтичне 37
— хірургічне 197
Вікові особливості дітей
— нирки 310
— обмін речовин 310
— органи дихання 308
— органи травлення 309
— серцево-судинна система 309
— сечові шляхи 310
Газовивідна трубка 177
Гарячка 66
— атипова 67

- виснажлива 66
- висока 66, 67, 316
- гектична 66, 68
- гіперпіретична 66, 67, 316
- догляд 70, 316
- ефемерна 66
- інвертована 67
- інтермітивна 66, 68
- невідомого генезу 66
- неправильна 67, 68
- Пеля—Ебштейна 67
- перемижна 66, 68
- поворотна 66, 68
- помірна 66, 67
- послаблювальна 66, 68
- постійна 66
- причини 66
- ремітивна 66
- сталі 69
- субфебрильна 66, 67, 316
- типи 66, 67
- ундулювальна 66
- хвилеподібна 66, 68
- Гідролікування 139, 140
- Гіпертензія 77, 309
- Гіпертермічний синдром 317
- Гіпертермія 65
- Гіпотензія 78
- Гіпотермія 71
- “біологічний нуль” 71
- догляд 72
- Гіпсові пов'язки 205
- виготовлення 228
- знімання 229
- накладання гіпсової лонгети 226, 228
- накладання 205
- основні вимоги до гіпсових пов'язок 227
- показання до застосування 226
- правила бинтування 207
- проби на якість гіпсу 226
- устаткування та інструментарій 227
- Гірчичники 128
- Годування 172
- парентеральне 175
- тяжкохворих 172
- через зонд 174
- Госпіталізація хворих 16, 17
- Грілки 135
- Дезінсекція 42
- Дезінфекційний розчин 42, 43
- Дезінфекція 41
- види 24
- заключна 297
- індивідуальних предметів догляду 155, 173, 177, 187, 311
- методи 42
- — фізичні 42, 297
- — хімічні 42, 297
- методи контролю якості 43
- осередкова 41, 297
- поточна 41, 297
- предметів догляду за дітьми 311
- профілактична 42, 297
- Дератизація 42
- Десмургія 204
- визначення “пов'язка” 205
- види пов'язок 205
- — безбинтові 206
- — бинтові 217
- — вісімкоподібна 220
- — клейова 206
- — колосоподібна 217, 221
- — неаполітанська 212
- — спіральна 223
- — хрестоподібна 210
- — чепець 206
- — черепащача 224
- класифікація пов'язок 206
- правила бинтування 207
- — бинтові пов'язки на кінцівки 217
- — бинтові пов'язки на промежину 218
- — вісімкоподібна на великий палець 219
- — вісімкоподібна на кисть 219, 220
- — вісімкоподібна на стопу 223
- — вісімкоподібна пов'язка на промежину 218
- — колова на кисть 219, 220
- — колова на палець 223
- — колова на стопу 223
- — колосоподібна на обидва стегна 217, 225
- — колосоподібна пов'язка таза 218
- — на всю верхню кінцівку 218, 222
- — на всю нижню кінцівку 225
- — на куку нижньої кінцівки 225
- — на куку плеча 222
- — на обоє очей 210
- — на одне око 210
- — на пахвову ділянку 222
- — на передпліччя спіральна з перегинами 220
- — на п'яту 224
- — на стопу 223
- — пов'язка для підтримання нижньої щелепи 211
- — спіральна на великий палець стопи 223
- — спіральна на палець 223

- — хрестоподібна пов'язка на шию 210, 212
- — черепащача на коліно 224
- — черепащача на лікоть 220
- техніка накладання 207
- Джгут 83
 - кровоспинний 83
 - правила накладання 83
- Дихання 85
 - Біота 87
 - брадипноє 86
 - “велике дихання” Куссмауля 86
 - визначення
 - — глибини 86
 - — ритму 86
 - — частоти 85, 308
 - стридорозне 88
 - тахіпноє 85
 - у дітей 302, 308
 - “хвилеподібне дихання” Грокка 87
 - Чейна—Стокса 86
- Дієта 164
 - індивідуальні столи 170
 - столи дієтичні 164, 347, 348
- Догляд 164
 - за волоссям 20, 148, 277, 307
 - за вухами 153, 277, 307
 - за нігтями 21, 148, 277, 307
 - за очима 148, 151, 277, 306
 - за порожниною носа 306
 - за порожниною рота 151, 263, 305
 - за пупковим канатиком 304
 - за слизовими оболонками 151
 - за тяжкохворими 143
 - за хворими 7
 - — з анаеробною інфекцією 233
 - — з інфекційними захворюваннями 223
 - за хворою дитиною 307
 - — з гарячкою 70, 316
 - — за новонародженою 302
 - — за шкірою 147, 214, 307, 308
 - післяопераційний догляд 226, 265
 - — за онкологічними хворими 269
 - — з гастростомою 214
 - — з кишковими норицями 214, 268
 - — з колостомою і двоствольним анусом 216
 - — з переломами 229
 - — після наркозу 266
 - — після операції
 - — — на гортані (догляд за трахеостомою) 208
 - — — на жовчних шляхах 268
 - — — на кінцівках 213
 - — — на органах грудної клітки 208, 266
- — — на органах черевної порожнини 213, 267
 - — — на товстій кишці 214
 - — — на шлунку 213
 - — — на щитоподібній залозі 207
 - — — черевно-промежних 215
- Догодовування
 - показання 344
 - поняття 344
 - правила проведення 344
- Доза 92
 - смертельна 92
 - терапевтична 92
 - токсична 92
- Етика лікаря 8
- Загальний стан хворого 52
- Задишка 87
 - експіраторна 88
 - змішана 88
 - інспіраторна 88
 - об'єктивна 88
 - причини 87
 - суб'єктивна 88
- Закапування
 - вух 101, 333, 334
 - носа 101, 333
 - очей 99, 100, 101, 333
- Зупинення
 - дихання 158
 - кровообігу 159
- Ін'єкція 104
 - внутрішньовенна 110, 124, 330
 - внутрішньом'язова 110, 116, 327
 - внутрішньошкірна 111, 330
 - особливості проведення у дітей 327
 - підшкірна 110—112, 329
 - ускладнення 117, 125, 331
- Інгалятор 102
 - кишеньковий 335
 - користування 335
 - стаціонарний 334
- Інгаляція 102, 334
- Інсулін 176
- Інструментарій хірургічний 227
- Інфекція
 - аеробна 233
 - анаеробна 233
- Їдальня 348
- Кашель 89
 - беззвучний 90
 - вологий 90
 - гавкучий 90
 - коклюшеподібний 90

- нападopodobний 89
- непродуктивний 90
- нічний 90
- продуктивний 90
- ранковий 90
- рефлекторний 91
- сухий 90
- Клемування пупкового канатика 303
 - поняття 303
 - правила 303
- Клізма 178
 - гіпертонічна 181
 - емульсійна 182
 - краплинна 186
 - крохмальна 185
 - медикаментозна 184, 321
 - мікроклізма 184
 - олійна 180
 - очисна 178, 264, 320
 - поживна 185
 - правила застосування 179, 320
 - проносна 180
 - протипоказання 178
 - сифонна 182, 321
- Колапс 71
- Компреси 133
- Короста
 - огляд 394
 - санітарна обробка 394
- Кровотеча 79
 - артеріальна 79
 - венозна 79
 - зупинення 79, 80
 - — максимальне згинання кінцівок 81, 82
 - — пальцьове притискання артерії 79, 81
 - — туга пов'язка 79
 - — туга тампонада рани 81
 - — циркулярне перетягування 83
 - капілярна 79
 - паренхіматозна 79
- Ліжко хворого 38, 143, 295
- Лікарня
 - багатопрофільна 282
 - клінічна 282
 - міська 282
 - об'єднана з поліклінікою 282
 - обласна 282
 - районна 282
 - спеціалізована 197
- Лікарські засоби 92
 - виписування 93
 - застосування 93, 325
 - — зовнішнє 97, 333
 - — — через слизову оболонку 99
 - — — через шкіру 97
 - — — ентеральнє 94, 325
 - — — пероральнє 94, 325
 - — — ректальнє 97, 326
 - — — сублінгвальнє 96, 326
 - — — через норицю 97
 - — — парентеральнє 104, 327
 - — — внутрішньовеннє 120, 330
 - — — внутрішньом'язовє 110, 116, 327
 - — — внутрішньошкірнє 110, 330
 - — підшкірнє 110, 112, 329
 - зберігання 93, 323
 - класифікація 92
 - краплі 99, 101
 - мазь 100
 - облік 93, 324
 - розчин олійний 115
- Лікарська помилка 281
 - діагностична 282
 - тактична 282
 - технічна 282
- Лікувальні заклади 11
 - амбулаторія 11
 - госпіталь 12
 - диспансер 11
 - клініка 11, 282
 - консультативно-діагностичний центр 11
 - лікарня 11, 282
 - медико-санітарна частина 11
 - поліклініка 11, 282
 - санаторій 12
 - станція “Швидкої допомоги” 11
- Масаж серця 159
 - непрямий 159
- Матеріал
 - перев'язувальний 204
 - стерилізація 240, 251, 255, 256
 - утилізація 233
 - хірургічний 204
 - шовний 255
- Медична документація
 - дитячого стаціонару 286, 288
 - приймального відділення 15, 202, 291
 - терапевтичного стаціонару 38
 - хірургічного стаціонару 202
- Мінеральні води 141
- Міхур з льодом 135
- Молочні суміші 345
- Набряки 61, 62
- Небулайзер 104, 335
- Новонароджена дитина 302
 - адаптація 302
 - догляд 302—305
- Обличчя хворого 57

- акромегалічне 58
- “аортальне” 58
- асиметричне 59
- базедове 58
- вовчанкове 58
- Гіппократа 58
- кушінгоїдне 58
- мікседематозне 58
- “мітральне” 58
- нефротичне 59
- на пневмонію 58
- серцеве (Корвізара) 58
- туберкульоз легенів 58
- Обов'язки професійні 9, 39, 40, 196, 199, 276, 278
- молодшого медперсоналу дитячих поліклінік 274—278
- молодшого персоналу 40, 276—278
- середнього медперсоналу
 - — дитячого відділення 277, 278
 - — лікувального відділення 39, 40
 - — палатної медсестри 39, 199
 - — приймального відділення 16
 - — процедурної медсестри 40
 - — старшої медсестри 39, 199
 - — хірургічного відділення 198
- Обробка
 - операційного поля 245
 - рук 243
- Огляд хворого
 - зовнішній 51
 - спеціальний 51
 - — на педикюльоз 26, 293
- Оксигенотерапія
 - методика 336
 - показання 336
- Операційний блок
 - будова 245
 - зони 246
 - прибирання 247, 248
- Операція 256
 - діагностична 258
 - екстрена 258
 - етапи 257
 - класифікація 257, 258
 - паліативна 258
 - планова 258
 - радикальна 257
 - термінова 258
- Особиста гігієна медперсоналу 198, 300, 308
- Особиста гігієна хворого 147, 198
- Палата інтенсивної терапії 198
- Палати 37, 197
- Пароксизмальна тахікардія 75
- Паспортна частина 49
- Педикюльоз 24—29
 - огляд 26
 - санітарна обробка 26, 28
- Перев'язувальна 202, 204
- Передопераційний період 258, 263
 - догляд за хворими 263
 - завдання 258
 - підготовка до операцій 259
 - — планових 259
 - — термінових 260
 - підготовка хворих із
 - — захворюванням серця 260
 - — органів дихання 260
 - — сечової і статеві систем 260
 - — цукровим діабетом 260
 - профілактика ускладнень 269
- Переміна білизни
 - натільної 144, 146, 318
 - постільної 144, 145, 318
- Перша долікарська допомога хворим із
 - гарячкою 71
 - зниженням артеріального тиску 78
 - зупиненням
 - — дихання 158
 - — кровообігу 159
 - кашлем
 - колапсом 71
 - кровотечею 79, 80
 - підвищенням артеріального тиску 77
 - ядухою 89
- Підгодовування
 - поняття 341
 - правила введення 341
 - схема введення 342
- Підготовка операційного поля 245
- Підготовка рук до операції
 - спосіб Альфельда 243
 - спосіб Спасокукоцького—Кочергіна 244
 - спосіб Фюрбрингера 244
- Підготовка хворого до операції 260
 - з приводу черевної грижі 261
 - із захворюванням органів дихання 262
 - із захворюванням сечової і статеві систем 262
 - літнього і старечого віку 263
 - на грудній залозі 262
 - на грудній клітці 260
 - на жовчних шляхах і печінці 261
 - на легенях 262
 - на органах черевної порожнини 262
 - на прямій кишці 262
 - на стравоході 262
 - на шлунку 261

- на шитоподібній залозі 262
- Підкладне судно 154
- Підмивання лежачого хворого 155
- Післяопераційний період 213, 265
- Поліклініка дитяча 283
 - структура 283
 - форми роботи 284
 - функції 283
- Положення хворого 53
 - активне 53
 - без спирання на руки 54
 - вимушене 54
 - збуджене 56
 - зі спиранням на руки 54
 - колінно-лікткове 56
 - лежачи на спині 55
 - — з високо піднятим головним кінцем ліжка 55
 - — на животі 55
 - — на здоровому боці 55
 - — на хворому боці 55
 - ортопное 54
 - пасивне 53
 - сидячи з нахиленим уперед тулубом 55
 - у позі “лягавого собаки” 55
- Пост медичної сестри 38, 198, 283, 324
- Постава 56
- Правила ловодження з трупом 162
- Приймальне відділення 14
 - документація 15, 291
 - обов’язки медичної сестри 16
 - прийом хворих 16, 17, 292
 - режим 16, 31, 292
 - — санітарно-гігієнічний 31, 292
 - — санітарно-протиепідемічний 31, 292
 - структура 15
 - типи 14
 - функції 15, 291
- Принцип поінформованої згоди 275, 304
- Пролежні 149, 319
 - лікування
 - — у дітей 319, 320
 - — у дорослих 149, 150
 - профілактика 150, 217, 319
- Профілактика 117, 125, 126
 - СНІДу 126, 332
 - ускладнень 117, 125
 - — післяопераційних 269
 - — постін’єкційних 117, 125, 327
- Процедурний кабінет 38
- Пульс 73
 - брадикардія 74
 - високий 75
 - дослідження 73
 - — величина 74
 - — дефіцит пульсу 75
 - — наповнення 74
 - — напруження 74
 - — ритм 74
 - — форма 75
 - — частота 74
 - малий 75
 - м’який 74
 - на променевої артерії 73
 - на скроневій артерії 73
 - на сонній артерії 73
 - неритмічний 74
 - ниткоподібний 75
 - повільний 75
 - повний 74
 - порожній 74
 - реєстрація 75
 - ритмічний 74
 - тахікардія 74
 - твердий 74
 - швидкий 75
- Пупковий канатик
 - догляд 304
- Реанімація 156
 - заходи 158, 159
 - — непрямий масаж серця 159
 - — штучна вентиляція легенів 158
- Режим
 - лікарняний 12
 - лікувально-охоронний 11, 294
 - особливості у дитячій лікарні 294—296
 - приймального відділення 16, 31, 292
 - санітарно-гігієнічний 13, 295, 297
 - санітарно-протиепідемічний 13, 296
 - стаціонарний 14
 - — індивідуальний 14
 - — напівпостільний 14
 - — постільний режим 14
 - — суворий постільний 14
 - — терапевтичного відділення 40
- Розпитування 48
 - батьків дитини 275
 - за органами і системами 49
 - правила 48
 - родичів 275
 - хворого 48
- Розчини дезінфекційні 42, 43
- Санітарна обробка хворих 19
 - види 43
 - з педикульозом 24, 26, 28
 - зі скабіозом 30
 - спеціальна 24
- Свідомість 52

- кома 53
- потьмарена 53
- сопор 53
- ступор 53
- Світлолікування
 - інфрачервоними променями (ІЧП) 136
 - ультрафіолетовим опроміненням (УФО) 137
- Сечоприймач 153
- Система для інфузії 122, 124
- Скарги хворого 49
- Смерть
 - біологічна 157, 162
 - клінічна 157, 160
 - клінічні ознаки 157
 - правила поводження з трупом 162
- Стационар 12
 - педіатричний 282
 - структура 12, 37, 197
 - терапевтичний 12
 - функції 39
 - хірургічний 197
- Стерилізація 240, 251
 - інструментів 246
 - — загальнохірургічних 240, 254
 - контроль 241, 253, 254
 - методи 240, 254
 - обладнання 242
 - підготовка 240, 252
- Субординація фахова 10, 195
- Температура тіла
 - “біологічний нуль” 71
 - ресстрація 64
 - температурний листок 65
 - “холодовий наркоз” 71
- Тепловий ланцюжок 304
- Термометрія 63
 - пахвовий спосіб 64
 - пероральний спосіб 64
 - ректальний спосіб 64
- Транспортування 31, 249
 - дитини 294
 - — на руках у батьків або медперсоналу 294
 - хворих з
 - — вираженою серцевою недостатністю 36
 - — внутрішньою кровотечею 36
 - — гострою судинною недостатністю 36
 - — інфарктом міокарда 36
 - — на кріслі-каталці 32, 35
 - — на ношах 33
 - — на руках двома санітарами 35, 36
 - — пішки, у супроводі медпрацівника 31
- Тяжкохворі
 - годування 172
 - догляд 143
 - ліжко 143
 - особиста гігієна 147
 - переміна білизни 144, 145
- Ускладнення 117, 125, 269, 331, 332
 - абсцес 118, 331
 - алергійна реакція 118, 332
 - внутрішньовенні 125
 - внутрішньом’язові 117
 - внутрішньошкірні 117
 - гематома 125, 332
 - емболія 119, 126, 331
 - інфекція 118, 269
 - інфільтрат 118, 331
 - ліподистрофія 118
 - некроз 119, 125, 332
 - непритомність 117
 - пірогенна реакція 126
 - післяін’єкційні 117, 125, 331, 332
 - післяопераційні 269
 - полонка голки 119, 331
 - сепсис 126
 - тромбоз 126
 - тромбофлебіт 126, 331
 - ушкодження нервових стовбурів 119, 331
- Фізичний розвиток
 - методи оцінювання у дітей 355
 - стандарти 355
- Фізіотерапія 127
 - механізм дії 128
 - протипоказання 128
- Харчоблок 348
- Харчування 163, 272
 - дітей 347
 - дітей грудного віку, дітей з високою температурою тіла 317
 - дітей першого року 338, 344, 345
 - дітей раннього віку 346
 - через зонд 174
- Хода 56
 - атактична 57
 - геміплегічна 57
 - горда 57
 - качина 57
 - косаря 57
 - кульгавість 57
 - мозочкова 57
 - “півняча” 57
- Шкіра
 - блідість 59, 312
 - виразка 61
 - герпес 61
 - гіперемія 59
 - еритема 61

Предметний покажчик

- жовтяничність 60
- колір 59
- кропив'янка 61
- петехії 61
- пітниця 308
- пролежень 61, 149, 319
- розеоли 60
- розчухування 61
- рубці 61
- телеангіктазії 61
- ціаноз 60, 317
- шкірні елементи 60, 308
- Шляхи поширення інфекції 232
- Шляхи зараження 232
- Шприц 104
 - набирання ліків
 - — з ампул 105
 - — з флаконів 106
 - одноразовий 104
- Штучна вентиляція легенів 158
- Ядуха 89
- Ятрогенії 281

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Ковальова Ольга Миколаївна
Лісовий Володимир Миколайович
Шевченко Станіслав Іванович
Фролова Тетяна Володимирівна та ін.

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ (ПРАКТИКА)

Підписано до друку 25.09.2010.
Формат 70×100^{1/16}. Папір офсет.
Гарн. Times. Друк офсет.
Ум. друк. арк. 30,5.
Зам. № 10-389.

ВСВ “Медицина”
01034, м. Київ, вул. Стрілецька, 28.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів книжкової продукції.
ДК № 3595 від 05.10.2009
Тел.: (044) 234-58-11, 581-15-67
E-mail: med@society.kiev.ua

Віддруковано на ВАТ “Білоцерківська книжкова фабрика”.
09117, м. Біла Церква, вул. Леся Курбаса, 4.
Свідоцтво серія ДК № 567 від 14.08.2001р.

Д 59 **Догляд за хворими:** підручник Ю.П. Гніденко, О.М. Ковальова, В.М. Лісовий, О.В. Охалкіна та ін.; за ред. О.М. Ковальнової, В.М. Лісового, С.І. Шевченка, Т.В. Фролової. — К.: ВСВ “Медицина”, 2010. — 488 с.
ISBN № 978-617-505-010-1

У підручнику на сучасному науково-методичному рівні розглянуто основні питання особливостей догляду за хворими, його роль та організація у лікувальному процесі в умовах стаціонару.

Матеріал викладено відповідно до навчальної програми дисципліни “Догляд за хворими (практика)” для студентів вищих медичних навчальних закладів III—IV рівнів акредитації, затвердженій ЦМК МОЗ України (2008). Підручник складається з трьох розділів згідно з трьома змістовими модулями навчальної програми.

Змістовий модуль 1. Структура та основні завдання догляду за хворими в загальній системі лікування хворих терапевтичного профілю.

Змістовий модуль 2. Догляд за хірургічними хворими.

Змістовий модуль 3. Догляд за дітьми, його роль у лікувальному процесі та організація в умовах педіатричного стаціонару.

У першому розділі розглянуто питання загального та спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю, надано структурно-функціональну характеристику терапевтичного стаціонару та обов'язки його працівників, особливості санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режимів, перелік медичної документації.

На сучасному методологічному рівні викладено принципи догляду за хворими з різною патологією та різного віку, за хворими з підвищеною температурою тіла. Розглянуто питання і алгоритм надання першої допомоги при невідкладних станах, запропоновано методику й техніку виконання найпростіших реанімаційних заходів. Особливо викладено питання щодо застосування основних видів лікарських засобів та найпростіших методів фізичної терапії, догляд за хворими під час проведення фізіотерапевтичних процедур.

Другий розділ присвячено догляду за хірургічними хворими, гігієні та роботі середнього медичного персоналу в умовах хірургічного відділення: операційній, перев'язувальній; антисептики, стерилізації перев'язувального матеріалу, операційної білизни. Особлива увага приділяється підготовці хворих до операцій та догляду в післяопераційний період. Особливо розглянуто питання десмургії, описано типові бинтові пов'язки на окремі частини тіла.

У третьому розділі вміщено матеріал із догляду за хворими дітьми в лікувально-діагностичному процесі. Розглянуто особливості гігієни новонароджених та дітей 1-го року життя, догляду за ними; догляду за дітьми з гарячкою; особливості введення лікарських засобів; організацію харчування здорових дітей раннього віку.

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



О.М. КОВАЛЬОВА, В.М. ЛІСОВИЙ
С.І. ШЕВЧЕНКО, Т.В. ФРОЛОВА

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ

П РА К Т И К А

Матеріал підручника викладено відповідно до навчальної програми дисципліни «Догляд за хворими (практика)».

У першому розділі розглянуто питання загального й спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю, надано структурно-функціональну характеристику терапевтичного стаціонару і обов'язки його працівників, особливості санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режимів, перелік медичної документації.

Другий розділ присвячено догляду за хірургічними хворими, гігієні та роботі середнього медичного персоналу в умовах хірургічного відділення: операційній, перев'язувальній; питанням асептики й антисептики, стерилізації перев'язувального матеріалу, операційної білизни. Особливу увагу приділено підготовці хворих до операцій, догляду в післяопераційний період тощо.

У третьому розділі розповідається про догляд за хворими дітьми в лікувально-діагностичному процесі. Розглянуто особливості гігієни новонароджених і дітей 1-го року життя, догляду за ними, догляду за дітьми з гарячкою, особливості введення лікарських засобів, організації харчування здорових дітей раннього віку.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації.

ISBN 978-617-505-010-1



9 786175 050101 >