**ЗБІРКА ЛЕКЦІЙ**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ З ДИСЦИПЛІНИ**

**«МЕДСЕСТРИНСТВО У ВНУТРІШНІЙ МЕДИЦИНІ»**

**Збірка лекцій для студентів з дисципліни «Медсестринство у внутрішній медицині», 291с.**

**ЗМІСТ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Тема розділу** | **Сторінка** |
| **Вчення про медсестринство у внутрішній медицині** | | |
|  | Історія розвитку терапії в Україні | 3 |
|  | Принципи організації та методи надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам в Україні | 11 |
|  | Заходи і засоби особистої професійної безпеки медичної сестри | 15 |
|  | Уявлення про хворобу | 16 |
|  | Суб’єктивні та об’єктивні методи обстеження пацієнта медичною сестрою | 21 |
|  | Додаткові методи обстеження: лабораторні та інструментальні | 42 |
| **Медсестринський процес при захворюваннях органів дихання** | | 49 |
|  | Хронічні неспецифічні захворювання легень | 50 |
|  | Емфізема  легень | 52 |
|  | Хронічне легеневе серце | 54 |
|  | Бронхоектатична хвороба | 55 |
|  | Хронічне обструктивне захворювання легень. | 56 |
|  | Бронхіальна астма | 61 |
|  | Пневмонія | 70 |
|  | Плеврити | 77 |
|  | Рак легень | 82 |
|  | Туберкульоз легень | 87 |
|  | Пневмоконіози | 97 |
| **Медсестринський процес при захворюваннях  серцево-судинної системи** | | 101 |
|  | Артеріальна гіпертензія | 101 |
|  | Гіпертонічний криз | 111 |
|  | Атеросклероз | 114 |
|  | Ішемічна хвороба серця (ІХС) | 117 |
|  | Стенокардія | 118 |
|  | Інфаркт міокарда | 123 |
|  | Вади серця | 130 |
|  | Гостра та хронічна серцево-судинна недостатність | 138 |
|  | Порушення серцевого ритму | 150 |
| **Медсестринський процес при захворюваннях  органів травлення** | | 150 |
|  | Гострий гастрит | 150 |
|  | Хронічний гастрит | 153 |
|  | Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки | 157 |
|  | Хронічний гепатит | 166 |
|  | Цироз печінки | 171 |
|  | Холецистити | 172 |
|  | Жовчнокам’яна хвороба | 182 |
| **Медсестринський процес при хворобах нирок та сечовивідних шляхів** | | 186 |
|  | Гострий гломерулонефрит | 186 |
|  | Хронічний гломерулонефрит | 190 |
|  | Гострий пієлонефрит | 194 |
|  | Хронічний пієлонефрит | 197 |
|  | Нирковокам’яна хвороба | 202 |
|  | **Хронічна ниркова недостатність** | 205 |
| **Медсестринський процес при аутоімунних захворюваннях сполучної тканини** | | 209 |
|  | Ревматична хвороба | 209 |
|  | Ревматоїдний артрит | 215 |
|  | Системний червоний вовчак | 220 |
|  | Системна склеродермія | 224 |
| **Медсестринський процес при алергічних захворюваннях** | | 228 |
|  | Кропив’янка, | 230 |
|  | Набряк Квінке | 233 |
|  | **Анафілактичний шок** | 236 |
| **Медсестринський процес при захворюваннях системи крові** | | 240 |
|  | Анемії | 240 |
|  | Гемобластози (Лейкози) | 253 |
|  | Гострий лейкоз | 254 |
|  | Хронічний мієлолейкоз | 257 |
|  | Хронічний лімфо лейкоз | 259 |
|  | Геморагічні захворювання | 262 |
|  | Тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа) | 262 |
|  | Тромбоцитопатії. Геморагічний васкуліт | 265 |
|  | Гемофілії | 268 |
| **Медсестринський процес при хворобах ендокринної системи** | | 271 |
|  | Дифузний токсичний зоб | 271 |
|  | Гіпотиреоз (мікседема) | 274 |
|  | Ендемічний зоб | 276 |
|  | Цукровий діабет | 279 |
|  | Ожиріння | 286 |

***Вчення про медсестринство у внутрішній медицині***

***Історія розвитку терапії в Україні***

У дохристиянські часи в Україні для зцілення людей використовували лікарські рослини, водолікування, масажі, лікування замовлянням, пси­хотерапією. У подальшому, із створенням Київської держави у IX ст., по­ширенням християнства в X ст. почали активно розвиватись інші форми організації медичної допомоги (народна, монастирська, світська).

Княгиня Ольга першою заснувала в Києві кілька лікарень. Великі князі Володимир у 996 р. та Ярослав Мудрий у 1096 р. закріпили медичну спра­ву за монастирями. Це сприяло розвитку церковної медицини, на яку ве­ликий вплив тоді мала Візантійська хрис­тиянська церква. В XI ст. при церквах та монастирях були облаштовані лікарні, богодільні, келійки для хворих, убогих та без­притульних.

Ігумен Феодосій заснував у 1070 р. лікарню при Києво-Печерському монастирі, де лікарювали монахи-лікувальники.

Найвідомішим із них був св. Агапіт Печерський, який зціляв зіллям та молитвами. Його ім'я "Агапіт" у перекладі з грецької мови означає "Божественна любов". Це любов і милосердя до знедолених, хворих, калік.

Над труною Агапіта у Ближніх печерах Києво-Печерсь­кої лаври висить ікона з надписом "Прп. Агапит-врач безмездный", тобто безкоштовний, оскільки він не брав грошей за свою працю незалежно від того, був хворим князь чи жебрак. Агапіт Печерський, по суті, був засновником першої терапевтичної школи в нашій батьківщині.

Лікувальною справою займалася й онука Володимира Мономаха Євпраксія Мстиславівна (нар. 1108 р.). Вона, отримавши при княжому дворі ен­циклопедичну освіту, почала свою лікарську діяльність у молодому віці. Свій досвід і знання Євпраксія вклала в науковий трактат "Мазі". Ця пер­ша в Україні наукова праця написана українською мовою, яка є своєрід­ною енциклопедією тодішніх медичних знань (ця книжка зберігається в бібліотеці Лоренцо Медичі у Флоренції в Італії). У ній висвітлено питання загальної патології, діагностики, лікування різних хво­роб, описано ліки, загальну гігієну, гігієну жінки та дитини, гігієну харчування.

У XV ст. з'явилися перші українські лікарі з вищою освітою і званням доктора медици­ни та філософії - Юрій Котермак (Дрогобич) та Пилип Пляцковський (Львів).

Позитивну роль в охороні здоров'я відігра­ли релігійні братства - у 1430 р. Львівське, а в 1615 р. - Київське. Вони заснували лікарні та притулки, які називали шпиталями.

Розвиткові медицини сприяли й запо­рожці. Вони засновували великі шпиталі для Юрій Котермак (Дрогобич) лікування поранених у боях козаків. На­прикінці XVI ст. головними шпиталями були Трахтемирівський та Межигірський при монастирях на Дніпрі, Лебединський - біля Чигирина, Лемківський - біля Овруча.

Фундатором медсестринського забезпечення (опіки) є Флоренс Найтін­гейл (1820-1910). Уродженка багатої аристократичної сім'ї, Флоренс Най­тінгейл з 25 років присвятила себе догляду за хворими, внесла багато нового та раціонального в його організацію.

Ф. Найтінгейл видала «Записки про сестринську справу», які витримали сотні видань багатьма мовами світу. Характеризуючи сестринську справу, вона надавала особливо­го значення чистоті, свіжості повітря, тиші, правильному харчуванню хворих. Вперше ви­ділила два поняття: догляд за хворими та догляд за здоровими.

У 1907 р. вперше у світовій практиці вчений ступінь професора із сест­ринської справи отримала медична сестра Колумбійського університету Магу Аdеlаidе Nutting. Вона запровадила основи базової і післядипломної освіти медсестер.

Важливе значення в розвитку української медичної освіти мав Києво-Могилянський колегіум (у подальшому - академія), який заснував у 1632 р. Київський митрополит Петро Могила, об'єднавши Київське братство зі школою Києво-Печерської лаври.

Багато вихованців Києво-Могилянської академії стали засновниками української та російської медицини (Нестор Максимович-Амбодик, М.М. Тереховський, О.М. Шумлянський, Д. С. Самойлович).

У подальшому розвиток терапевтичних клінік нерозривно пов'язується з медичними факультетами університетів.

В Україні перший медичний факультет було створено у 1784 р. при Львівсько­му університеті ім. Цісаря Франца Йосифа, у 1805 р. - при Харківському університеті, а в 1841 р. при Київському університеті ім. св. Володимира.

Водночас починають формуватися науково-медичні школи - госпітальні, терапевтичні. Кращі представники їх стають яскравими виразниками про­гресивних соціальних ідей та філософських поглядів того часу.

Великий вклад у розвиток терапії в Україні зробили російські терапев­ти, зокрема С. П. Боткін та Г.А. Захар'їн. С.П. Боткін - фундатор фізіологічного, експери­ментального і водночас суворо наукового напряму в клініці внутрішніх захворювань. Упродовж усього свого життя він відстоював нервізм - прин­цип, який був і є характерною рисою вітчизняної терапії. Усім лікарям відоме його вчення про роль інфекції в утворенні жовчних каменів і роз­витку катаральної жовтяниці (хвороби Боткіна). Тепер встановлено, що її причиною є віруси гепатиту (А, В, С, Б та ін.).

Г.А. Захар'їн довів методику збирання анамнезу до найвищої майстер­ності, що вкрай важливо для терапевтичної клініки.

Учнями С.П. Боткіна в українській терапевтичній клініці були В.В. Ляшкевич та В.Т. Покровський. Саме В.Т. Покровський вважається фундатором госпітальної терапевтичної клініки в Україні.

Основні ідеї В.Т. Покровського щодо клінічної підго­товки лікарів і фельдшерів лягли в основу методики вивчення внутріш­ньої медицини. Вона передбачає засвоєння спочатку пропедевтики внутрішніх захворювань, а відтак - власне діагностики захворювань внутрішніх органів та їх лікування. Цей метод викладання застосовується впродовж багатьох років, він став класичним. Він відповідає основному принципу педагогіки, який передбачає необхідність поступового, поетап­ного розширення і поглиблення знань, дає можливість викладати внутрішні хвороби на рівні цілісного організму, забезпечує кінцеву мету навчання студентів - пізнання сутності хвороби, вміння встановити діагноз, за вис­ловом С.П. Боткіна, "біля ліжка хворого".

Ця струнка система навчання витримала випробування часом. Замість неї не запропоновано кращих форм викладання клінічних дисциплін.

В.Т. Покровський пропагував також необхідність унаочнювати викла­дання, читати клінічні лекції з демонстрацією хворих.

Учнями В.Т. Покровського стали такі відомі професори-терапевти, як Ф.Г. Пас-тернацький, Е.І. Афанасьєв, О.М. Богомолець (батько академіка

О.О. Богомольця).

Відомі українській терапевтичній клініці того часу й імена К.Г. Тритшеля, Ф.Ф. Мерінга, Ф.Ц. Цицуріна, С.П. Алфер'єва та інших вчених.

У Західній Україні на зламі XIX і XX ст найвідомішим було ім'я Євге­на Озаркевича. З ініціа­тиви Євгена Озаркевича створено лікарську комісію Українського науко­вого товариства ім. Т. Шевченка, відкрито "Народну лічницю" у Львові (установа для безкоштовного лікування бідних, знедолених, покривдже­них людей). Він брав участь у створенні Українського таємного універси­тету (на знак бойкоту польського університету, до якого не приймали ук­раїнську молодь), ректором якого став професор Мар'ян Панчишин (ана­том і терапевт).

Серед багатьох представників української терапевтичної школи провідну роль у становленні української терапевтичної клініки відіграли В.П. 0бразцов, Ф.Г. Яновський, М.Д. Стражеско, М.М. Губергріц та В.М. Іванов.

**В.П. Образцов** - уродженець Вологодської губернії. Вищу ме­дичну освіту отримав у Медико-хірургічній академії в Петербурзі, та весь подальший його шлях пов'язаний з Україною.

Він розробив методику безпосереднього обстеження хворого, довівши її до справж­нього мистецтва. Особливо це стосується ме­тодичної глибокої ковзної пальпації органів черевної порожнини.

Заслугою В.П. Образцова є й те, що він зумів зібрати довкола себе цілу когорту тала­новитих учнів, об'єднаних єдиними погляда­ми та любов'ю до медицини. Це насамперед М.Д. Стражеско, М.М. Губергріц, Б.І. Трусевич, Ф.А. Удінцев, Н.М. Руткевич та ін. Ім'я В.П. Образцова, великого росіянина, золотими літерами вписано в історію української терапевтичної клініки.

Чудовим клініцистом, який також збагатив українську клініку, був **Ф.Г. Яновський**. Ф.Г. Яновський, гордість української медицини. Родинні коріння Ф.Г. Яновського по­в'язані з родом М.В. Гоголя, який, як відо­мо, мав подвійне прізвище - Гоголь-Яновський.

Основними напрямами лікарської діяль­ності Ф.Г. Яновського були фтизіатрія, пуль­монологія та нефрологія. Перу Ф.Г. Яновсь­кого належить перша в Україні монографія "Туберкульоз легень", яка й досі не втратила свого клінічного значення. Він перший почав пропагувати методи особистої та громадської профілактики туберкульозу, відіграв провідну роль в утворенні Київського товариства для боротьби з сухотами, яке побудувало на око­лиці Києва перший безкоштовний санаторій для хворих на туберкульоз. Завдяки Ф.Г. Яновському в Києві засновано Науково-дослід­ний інститут туберкульозу. Його першим з клініцистів України в 1927 р. обрали академіком Всеукраїнської Академії Наук. Він гаряче любив свій народ, Україну, рідний Київ. Серед його постійних пацієнтів були Леся Українка, І.К. Карпенко-Карий, М.П. Старицький, перший президент Всеук­раїнської Академії Наук В.І. Вернадський.

Десятки тисяч киян проводили свого свя­того лікаря (так звав його народ) до Лук'янівського цвинтаря в Києві. За труною йшли священнослужителі православної, української автокефальної, католицької церков та іудейсь­кої релігії, купці, ремісники, ті, кого випус­тили на час похорон з тюрем, тощо. Зерна добра, посіяні Ф.Г. Яновським, збережуться в серцях медичних працівників третього тисячоліття.

**М.П. Кончаловський.**Видатний клініцист, засновник школи клініки внутрішніх хвороб, заслужений діяч науки.Завідував кафедрою факультетської терапевтичної клініки Московського державного медичного університу, був головою Московського терапевтичного товариства. Учасник міжнародних медичних конгресів. В своїх працях розробляв питання етіології та патогенезу хвороби, організації лікування хворого, профілактику захворювань.

Питання функціональної діагностики, розроблені М.П. Кончаловським, його погляди на лікування та профілактику внутрішніх хвороб дуже вплинули на представників його школи. Особливе значення він надавав встановленню діагнозу захворювання і виявленню індивідуальних особливостей організму.

М.П. Кончаловський мав видатний педагогічний дар. Узагальнивши величезний педагогічний досвід, в 1935-1937 роках він видає трьохтомник клінічних лекцій, присвячений захворюванням серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, нирок, залоз внутрішньої секреції, захворюванням органів дихання, кровотворення. Під його редакцією в 1933 році був виданий підручник з внутрішніх хвороб. За заслуги в медицині йому було присвоєно звання «Заслужений діяч науки».

Видатним представником Київської шко­ли терапевтів є талановитий учень В.П. 0бразцова - професор **М.Д. Стражеско**. Закінчив Київський університет у 1899 р. З питань кардіології проходив стажування в клініках Парижа, Берліна, Мюнхена, а з питань гастроентерології - у лабораторії великого І.П. Павлова в Петербурзі.

Спогади про свій життєвий шлях вчений виклав у статті "Від сутінків до світла" (1950).

З позицій терапії на особливу увагу заслуговують наступні клінічні ас­пекти, опрацьовані М.Д. Стражеском.

Насамперед це стосується прижиттєвої діагностики тромбозу вінцевих артерій (інфаркту міокарда). Заслуга М.Д. Стражеска та В.П. Образцова не тільки в тому, що вони вперше при житті людини встановили діагноз інфар­кту міокарда, а й у тому, що вони вперше у світі провели глибокий аналіз клінічної картини інфаркту міокарда, подали вичерпну характеристику симптомів цього захворювання, визначили принципи його діагностики.Деталізуючи больовий синдром при інфаркті міокарда, вони відзначили, що біль у таких хворих тривалий і локалізується за грудниною, іррадіює в шию, голову, ліву руку (status anginosus), супроводиться ознаками вира­женої слабкості серця: блідістю шкіри, холодним потом, сплутаною свідо­містю, слабкістю, тобто симптомокомплексом, який вони назвали "mejapragia cordis".

Відтак, В.П. Образцов і М.Д. Стражеско вперше описали атипові варіанти перебігу інфаркту міокарда. Вони підкреслили, що серце­ва астма може бути еквівалентом стенокардії (грудної жаби). Вони ж вперше відзна­чили, що відчуття тиснення і болю в надчеревній ділянці є тією самою грудною жабою, але з локалізацію болю в надчеревній ділянці.

Доповідь В.П. Образцова і М.Д. Стражеска на І з'їзді терапевтів Росії в грудні 1909 р "До симптоматології і діагностики тромбозу вінцевих ар­терій серця" отримала світове визнання. Французький клініцист К. Ліан назвав В.П. Образцова і М.Д. Стражеска піонерами нового етапу медичних знань про інфаркт міокарда. Відомий американський кардіолог Поль Уайт вніс їх імена на скрижалі історії світової кардіології.

Особливе місце в спадщині М.Д. Стражеска займає його концепція щодо ревматизму. Він розглядав його як інфекційно-алергійне захворювання стреп-тококової природи, описав зв'язок між ревматизмом та сепсисом.

Септичний ендокардит М.Д. Стражеско вважав еволютивною стадією ревматизму, як захворювання стрептококової природи, підкреслюючи, що цей варіант перебігу ендокардиту слід розглядати як вторинне захворю­вання. Власне тепер виділяють первинний ендокардит, який розвивається на інтактних клапанах серця, і вторинний, який виникає на ушкоджених клапанах.

Неоціненна заслуга М.Д. Стражеска і в тому, що він разом із своїм співробітником В.Х. Василенком детально опрацював проблему недостат­ності кровообігу. На підставі досліджень розладів обмінних процесів М.Д. Стражеско та В.Х. Василенко на XIII Всесоюзному з'їзді терапевтів (1935) запропонували свою класифікацію недостатності кровообігу. Вони виділя­ли І, II А, II Б, III стадії хронічної недостатності кровообігу.Цікавила М.Д. Стражеска й проблема гіпертонічної хвороби. Він цілком справедливо писав, що проблема цього захворювання виходить за рамки патології серцево-судиної системи, що вона є загальнопатологічною і со­ціальною.

Іншим науковим напрямом М.Д. Стражеска були питання гастроентеро­логії. Разом з В.П. Образцовим він є автором методичної глибокої ковзної пальпації органів черевної порожнини. Ця методика була важливим вкладом не лише в українську терапевтичну клініку, а й у світову медичну науку.

Видатним ученим-терапевтом, який вніс вагомий вклад в українську терапевтичну клініку, був учень В.П. Образцова – **М.М. Губергріц** (1886-1951). Він закінчив Київський університет у 1905 р. і за ініціативою В.П. Образцова був направлений у лабораторію І.П. Павлова, де вивчав причини та механізми виникнення болю в животі, а також у грудній клітці при стенокардії та інфаркті міокарда.

Дослідження М.М. Губергріца присвячені також клініці захворювань підшлункової залози.Він уперше з'ясував важливість для діагностики хронічного панкреатиту таких симптомів, як відчуття голоду, спраги, по­ліурії, схуднення, болю у надчеревній ділянці, проносу з наявністю у ви­порожненнях неперетравлених м'язових волокон, краплин жиру тощо.

Ще одним прогресивним представником української терапевтичної клініки був ака­демік **В.М. Іванов**, був уч­нем академіка Ф.Г. Яновського.

Науковий напрям В.М. Іванова в гастроен­терології можна означити як клінічну фізіо­логію органів травлення. Він одним з перших у нашій країні почав вивчати моторну та секре­торну функції шлунка поза травленням. В.М. Іванов виділив різні варіанти моторики шлунка поза травленням у нормі, а також у разі виразкової хвороби шлунка та дванадця­типалої кишки.

Він одним з перших в Україні вивчив дуоденогастральний рефлюкс і довів, що закидання дуоденального вмісту в шлунок у нормі є одним із виявів періодичної діяльності органів травлен­ня, і виділив три його типи. Значення ретропульсації дванадцятипалої кишки полягає в антипептичніи дії сильно лужного дуоденального вмісту стосовно кислого вмісту в антральному відділі шлунка, що спостерігається при дуоденальній виразці. При зниженій шлунковій секреції ретропульсація дванадцятипалої кишки також має компенсаторний характер. Шлункове травлення за таких умов здійснюється за участі дуоденального вмісту з великою кількістю панкреатичних ферментів, особливо трипсину.

Пато­логічне дуоденальне закидання супроводиться синдромом ацидизму, для якого характерні виснажлива печія, загруднинний біль. У таких випадках ідеться про ерозивний антральний гастрит або ж дуоденіт внаслідок пато­логічного дуодено-гастрального рефлюксу. Ці дослідження актуальні й для сьогоднішньої медицини.

У важкі часи сталінських репресій В.М. Іванов підтри­мав честь і гідність лікарів, ухилившись від засудження видатного росій­ського терапевта професора Д.Д. Плетньова. Він відмовився від "експерти­зи" у так званій справі "лікарів-убивць", інспірованій більшовицьким ре­жимом у 1952 р., допомагав сім'ям ув'язнених колег.

З позицій української терапевтичної клініки на особливу увагу заслуго­вує найталановитіший учень В.М. Іванова - професор А.П. Пелещук, Заслужений діяч науки і техніки України, Лауреат Державної і Премії ім. М.Д. Стражеска за визначний вклад у скарбницю української терапевтичної клініки. Він справді є патріархом української терапевтичної клініки.

Понад 60 років його життя пов'язано з Київським медичним інститутом (тепер - Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця). А.П. Пелещук як вчений формувався на багатій спадщині Ф.Г. Яновського та В.М. Іванова. Він став послідовним представником Київської терапевтичної школи на зламі другого й третього тисячоліть. Для його творчої діяльності характерний клініко-фізіологічний напрям. Спостережливість, відмінна па­м'ять, глибокі професійні знання, володіння в досконалості методами обсте­ження хворого, вміння поєднувати досягнення медичної науки з мистецт­вом індивідуального підходу до хворого, людяність у спілкуванні - ось далеко не повний перелік рис характеру лікаря і професора А.П. Пелещука.

Наукова і клінічна діяльність А.П. Пелещука широка й багатогранна за своєю тематикою. Це насамперед проблеми клінічної фізіології органів травлення - виразкової хвороби, хронічного гастриту, коліту, раку шлун­ка. Великим є його вклад у розроблення проблем нефрології. Це праці, присвячені класифікації хронічного гломерулонефриту, хронічної нирко­вої недостатності, фармако- та дієтотерапії цих захворювань.

Численні наукові праці А.П. Пелещука присвячені історії медицини, деонтології, викладанню в медичних навчальних закладах, підвищенню кваліфікації медичних працівників.

Суттєвий вклад вніс А.П. Пелещук у розвиток санаторно-курортної спра­ви в Україні. Його ім'я добре відоме в Миргороді й Моршині, Трускавці й Одесі, Ялті та в оздоровницях Закарпаття, Харківщини, Хмельниччини, Вінниччини тощо.

Нефрологічний напрям досліджень професора А.П. Пелещука продов­жив його учень - академік АМН України Л.А. Пиріг. Уболіваючи за своїх пацієнтів як лікар-гуманіст, як громадянин України, як президент Світової федерації українських лікарських то­вариств (СФУЛТ), Л.А. Пиріг переживає за долю свого народу, своєї держави. Його гострі публіцистичні статті та виступи в засобах ма­сової інформації, на сторінках фахових та гро­мадсько-політичних видань демократичної орі­єнтації надихають медичну громадськість Ук­раїни на активну працю щодо організації в нашій державі передової, ефективної медич­ної опіки здоров'ям українського народу.

**Влади́мир Харито́нович Василе́нко**. Автор більше 300 наукових рабіт, присвячені проблемам діагностики и профілактики внутрішніхх хвороб. Він першим описал IV тон серця, разробив разом з Н. Д. Стражеско класифікацію недостатності серцево-судинної системи. Велику увагу приділяв вивченню хронічної недостатності кровообігу.

В. Х. Василенко присвятив питанню по діагностиці та лікуванню інфаркта миокарда, були розроблені методи визначення ступенів мітрального і аортального стенозів. Велике значення приділяв вивченню ІХС, ускладненням інфаркта миокарда. При Василенко в клиниці було організовано відділення інтенсивної терапиї и реанімації.

Багато було зроблено для втілення нових лабораторно-інструментальних методів дослідження в гастроентерології.

Симптом Василенко - можливий признак стеноза привратника: шум плеска, виникає при пальпації живота.

Особливе місце в когорті українських те­рапевтів займає ***академік Л.Т. Мала***. Л.Т. Мала працювала в Харківському медичному університеті.

З трав­ня 1981 р. вона є водночас директором філіалу Київського НДІ кардіології ім. М.Д. Стражеска, а з квітня 1986р.- директором Хар­ківського інституту терапії АМН України клінічної бази кафедри госпітальної терапії Харківського медичного університету.

Л.Т. Мала створила найбільшу в Україні школу кардіологів (понад 200 докторів і кан­дидатів наук), яка внесла колосальний вклад у вивчення патогенезу ранніх стадій передатеросклеротичних уражень кровоносних судин, артеріальної гіпертензії, нейрогуморальних ме­ханізмів формування ішемічної хвороби сер­ця, інфаркту міокарда, кардіоміопатій тощо. Під її керівництвом активно вирішували­ся проблеми діагностики та лікування затяж­них пневмоній, бронхообструктивного синд­рому, хронічних гепатитів, ускладнених форм виразкової хвороби, шлун­ково-кишкових кровотеч.

Знайшли підтримку ідеї Київської терапевтичної школи і в Дніпропет­ровську (В.М. Дзяк, І.І. Крижанівська, Г.В. Дзяк). Під керівництвом професора В.М. Дзяка успішно вивчалися про­блеми ревматизму. І.І. Крижанівська присвя­тила свої наукові дослідження хронічній не­достатності кровообігу, зокрема особливостям нейроендокринної регуляції при її становленні та прогресуванні.

Результати, отримані сьогоднішніми співробітниками Дніпропетровської госпіталь­ної терапевтичної клініки (Г.В. Дзяк, Л.І. Васильєва, О.А. Коваль, Т.О.Перцева), є підґрунтям для розробок нових способів фар­макотерапії атеросклерозу, стабільних та особ­ливо нестабільних форм ішемічної хвороби серця, захворю­вань органів ди­хання.

Значний вклад у станов­лення української школи терапевтів внесли також О.Я. Губергріц, А.Д. Візир, В.Г. Денисюк, а також К.М. Амосова, В.Г. Передерій, О.Я. Бабак, І.М. Ганджа, В.М. Коваленко, Л.Ф. Конопльова, В.З. Нетяженко, Є.Л. Ревуцький, 1.1. Сахарчук, Н.В. Харченко, В.Н. Хворостинка, Н.М. Шуба.

Ідеї київської терапевтичної школи поши­рювалися не лише в східних, а й у західних областях України.

В Івано-Фран­ківську ідеї київської терапевтичної школи асоціюються з діяльністю професорів А.Д. Аденського, М.Л. Авіосора, Я.В. Боріна, які очолювали в повоєнні роки кафедри пропе­девтичної, факультетської та госпітальної те­рапії.

Блискучі, повні дотепного професійного гумору лекції професора М.Л. Авіосора і досі пам'ятають ті прикарпатські терапевти, яким поталанило вчитись у цього представника Київської терапевтичної школи.

Великий вклад у формування госпіталь­ного клінічного мислення лікарів та середніх В.М. Коваленко медичних працівників Прикарпаття вніс професор Я.В. Борін. Він доклав чимало зусиль щодо вивчення лікувальних природних фак­торів Прикарпаття. Розробив науково обґрун­товані показання та протипоказання до внут­рішнього застосування мінеральної води дже­рела "Боніфацій" курорту Моршин, розкрив механізми позитивного її впливу на перебіг хронічних гастритів, виразкової хвороби, колітів, гепатитів, холециститів.

Учні М.Л. Авіосора та Я.В. Боріна - про­фесори М.М. Бережницький, П.М. Вакалюк, Р.П.Макось, М.П. Кравець, продовжуючи наукові традиції своїх славних учителів, доклали багато зусиль до втілення в практику досягнень терапевтичної школи.

Протягом останніх 25 років цю школу очолює талановитий вчений-новатор, лікар-гуманіст, висококваліфікований терапевт, академік Ака­демії Медичних Наук України, професор Є.М. Нейко - лау­реат Почесної Відзнаки Президента України, орденів "За заслуги" III і II ступенів, Державної Премії України та Премії АМН України, Золотої Ме­далі Альберта Швейцера, голова обласного товариства милосердя.

Пріоритетним напрямом для прикарпатської терапевтичної школи є розроблення новітніх медичних технологій та стандартів якості діагности­ки й лікування найбільш важливих неінфекційних захворювань. Насам­перед це торкається артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, ви­разкової хвороби, хронічних гепатитів, бронхообструктивних захворювань легень, дифуз­них захворювань сполучної тканини тощо. Учнями цієї інколи нині є Заслужений діяч науки і техніки України, професор Н.М. Середюк, Заслужений лікар України, професор Л.В. Глушко, доктори медичних наук, профе­сори Т.В. Бойчук, В.І. Боцюрко, І.П. Вакалюк, Н.В. Вирстюк, І.Ю. Головач та ін.

***Принципи організації та методи надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам в Україні.***

***Основні завдання терапевтичної служби в Україні***

Термін "терапія" походить від таких понять, як thегареіа - піклуван­ня, догляд, лікування, лікувацтво, внутрішництво. У Західній Європі ча­стіше користуються терміном "внутрішня медицина".

Під внутрішніми хворобами (синонімом цього поняття вважається термін "терапія") розуміють групу захворювань, для яких характерні дві ознаки: локалізація ураження і метод лікування. Щодо першої ознаки, то ця гру­па включає захворювання внутрішніх органів - серця, легень, шлунка, кишок, печінки, підшлункової залози, нирок. Що ж стосується другої оз­наки, то до групи внутрішніх хвороб відносяться ті, які лікують так зва­ними консервативними методами.

Проте за цими двома ознаками не можна чітко розмежовувати внутрішні хвороби. Так, ішемічну хворобу серця лікують і консервативно, і хірургіч­ними методами. Це саме стосується жовчнокам'яної хвороби, ускладненої виразкової хвороби тощо. Тому виділяють і так звані межові захворюван­ня, які можна відносити як до групи внутрішніх, так і хірургічних захво­рювань.

Ця нечіткість меж внутрішніх захворювань стає зрозумілою, якщо зга­дати, що взагалі немає ізольованого ураження одного лише якогось орга­на. Організм людини - єдине функціональне ціле, в якому діяльність окремих частин взаємопов'язана і взаємозумовлена. Тому порушення функції одного якогось органа або системи неодмінно відбивається на функції інших органів і систем.

Головними завданнями внутрішньої медицини, або терапії, є розпізна­вання хвороби та її лікування. Процес розпізнавання захворювання здійснюється в три етапи: 1) суб'єктивне обстеження, при якому хворий розглядається як суб'єкт, який дає показання, - скарги, інформацію про розвиток захворювання - анамнез хвороби (апаmnesis mогbі), а також пройого життя (апаmnesis vitae); 2) об'єктивне дослідження, при якому хво­рий розглядається як об'єкт, який досліджують за допомогою органів чут­тя (огляд, пальпація, перкусія, аускультація); 3) лабораторно-інструмен­тальні дослідження.

У витоках пропедевтики внутрішніх хвороб були такі відомі лікарі, як Ауенбругер (запропонував метод діагностики за допомогою вистукування - перкусії), Лаенек (автор методу діагностики за допомогою вислуховування), В.П. Образцов і М.Д. Cтражеско (автори методичної глибокої ковзної паль­пації органів черевної порожнини), німецький лікар В. Рентген та українсь­кий лікар І. Пулюй (автори відкриття Х-проміння, за допомогою якого ста­ло можливим просвічування внутрішніх органів), великі російські лікарі М.Я. Мудров, Г.А. Захар'їн, С.П. Боткін, М.П. Кончаловський, Г.Ф. Ланг, О.Л. М'ясников та ін.

Великий російський лікар С.П. Боткін так охарактеризував завдання практичної медицини (терапевтичної служби в сучасному її розумінні):"Найголовніші і суттєві завдання практичної медицини – запобігання хворобі, лікування хвороби, що вже розвинулась і, нарешті, полегшення страждань хворої людини". Ці завдання актуальні й нині.

Однак щоб розпізнати захворювання, знань діагностичних технологій явно недостатньо. Потрібно ще вміти підсумовувати отримані результати, аналізувати їх. Ланцюг цих логічних операцій становить суть медичного мислення, для здійснення якого потрібний великий запас знань, хороша пам'ять, тонка спостережливість і великий, добре усвідомлений практич­ний досвід. Тільки правильне розпізнавання хвороби дає можливість ус­пішно лікувати пацієнта. Ще стародавні медики казали: "Хто добре розпізнає, той добре лікує".Один з фундаторів терапевтичної служби М.Я. Мудров ще на початку XIX ст. писав: "Спочат­ку треба пізнати хворобу, оскільки пізнання хвороби є вже половина ліку­вання".

Ось чому одним із завдань терапевтичної служби на сучасному етапі є організація виявлення захворювань. З цією метою в Україні розгорнуто мережу фельдшерсько-акушерських пунктів і сільських лікарських амбу­латорій, різних форм власності діагностичних центрів і лабораторій, фун­дацій сімейних лікарів, загально-терапевтичних та спеціалізованих ліку­вальних закладів.

У медичну практику впроваджуються нові технології профілактики, діагностики та лікування. Найбільш активно функціонують державні цільові програми "Профілакти­ка і лікування артеріальної гіпертензії", "Цукровий діа­бет", "Здоров'я нації", "Протидії захворюванню на туберкульоз", "Боротьби з онкологічними захворюваннями" та ін. Успішне вирішення цих програм сприятиме зміцненню здоров'я народу України.

На сьогодні продовжується перехід системи охорони здоров’я на засади сімейної медицини.

**В даний час розрізняють такі види лікувально-профілактичної допомоги**:

* первинна лікувально-профілактична допомога;
* вторинна лікувально-профілактична допомога;
* третинна лікувально-профілактична допомога.
* екстрена та невідкладна медична допомога (ЕНМД)
* хоспісна допомога

***Первинна лікувально-профілактична допомога .***

Єосновною частиною медико-санітарної допомоги населенню у країні і передбачає консультацію лікаря або фельдшера, 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, фельдшерами, сімейними мед сестрами. Структурними підрозділами є фельдшерські пункти, амбулаторії загальної практики сімейної медицини, міські амбулаторії, цехові здоров пункти, амбулаторії загальної практики інших форм власності. При недостатніх можливостях первинного рівня пацієнт переводиться на другий рівень за направленням сімейного лікаря, фельдшера (у крайньому випадку) або бригади ЕНМД.

***Вторинна (спеціалізована) лікувально-профілактична допомога***

Надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Структурними підрозділами є центральна районна лікарня, консультативна поліклініка, стаціонарні заклади інших форм власності, де надають спеціалізовану медичну допомогу. При цьому заклади можуть мати ту чи іншу ступінь спеціалізації.

***Третинна (високоспеціалізована) лікувально-профілактична допомога***

Надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у 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 захворювань, що рідко зустрічаються (ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я). надається в обласних лікарнях або диспансерах (онкологічний, психоневрологічний, шкірно-венерологічний, кардіологічний та ін..), науково-дослідницьких інститутах.

Спеціалізована і високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається громадянам при захворюваннях, що вимагають спеціальних методів діагностики, лікування і використання складних медичних технологій.

Важливість знання організаційно-правових особливостей надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в ракурсі медичного права пояснюється такими чинниками:

спеціалізована медична допомога надається переважно пацієнтам з важкими захворюваннями;

спеціалізована медична допомога вимагає значної кількості матеріальних і кадрових витрат;

найчастіше в лікарнях знаходяться клінічні бази медичних вузів, де здобувають освіту і удосконалюються медичні працівники;

саме при наданні спеціалізованої медичної допомоги найбільш вірогідне виникнення порушень прав пацієнтів.

Згідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002р. № 385 "Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я" всі заклади охорони здоров'я поділяються на п'ять груп.

***1. Лікувально-профілактичні заклади, до яких належать:***

**лікарняні заклади**: багатопрофільні (зокрема лікарні, лікувально-діагностичні центри, медико-санітарні частини, медичні центри, міські лікарні швидкої медичної допомоги, перинатальні центри, пологові будинки та інші); однопрофільні (дерматовенерологічні, інфекційні, наркологічні, онкологічні, психіатричні, травматологічні, туберкульозні та інші лікарні); спеціалізовані (зокрема дитячий кардіоревматологічний диспансер, трахоматозний диспансер, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, Центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи та інші); особливого типу (зокрема лікарні "Хоспіс", патолого-анатомічні бюро, Український лепрозорій, Центри реабілітації репродуктивної функції людини та інші);

**амбулаторно-поліклінічні заклади**: поліклініки, діагностичні центри, жіночі консультації, пункти охорони здоров'я, фельдшерські пункти;

**заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги**: центри екстреної медичної допомоги, станції переливання крові, станції швидкої медичної допомоги, центри заготівлі та переробки плазми, центри служби крові;

**санаторно курортні заклади**: бальнеологічні лікарні, грязелікарні, санаторії.

**2.** **Санітарно-профілактичні заклади. до яких належать**:

**санітарно-епідеміологічні заклади**: дезінфекційні станції, санітарно-епідеміологічні станції; заклади санітарної просвіти: центри здоров'я.

**3.** **Фармацевтичні (аптечні) заклади**:

аптеки; аптечні бази (склади); бази (склади) медичної техніки; бази спеціального медичного постачання; контрольно-аналітичні лабораторії; лабораторії з аналізу якості лікарських засобів; магазини (медичної техніки, медичної оптики).

**4. Інші заклади:**

бюро судово-медичної експертизи; головне бюро судово-медичної експертизи України; інформаційно-аналітичний центр медичної статистики; молочна кухня; центр медичної статистики МОЗ України.

**5**. **Заклади медико-соціального захисту**:

будинки дитини; обласні центри (бюро) медико-соціальної експертизи.

Ключовим завданням організації охорони здоров’я є розвиток принципів сімейної медицини, підвищення ролі і ефективності використання лікарів загальної практики (сімейних лікарів) при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розподілу і раціонального використання ними коштів. У більшості країн Західної Європи структуру системи охорони здоров'я становлять первинна медико-санітарна допомога та спеціалізована допомога. При цьому заклади первинної медико-санітарної допомоги надають до 90 відсотків загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики - сімейної медицини становить від ЗО до 50 відсотків кількості усіх лікарів, що працюють в галузі охорони здоров'я. Особливо потрібно наголосити на необхідності реалізації фінансування медичних послуг за рахунок медичного страхування.

Методологія сімейної медицини ґрунтується на визнанні визначальної ролі сім'ї у формуванні здоров'я усіх її членів, що зумовлено як біологічними, так і соціокультурними факторами. Розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним із засобів підвищення ефективності роботи галузі охорони здоров'я.

Первинна лікувально-профілактична допомога вигідніша суспільству, оскільки вона менш витратна, більш оперативна і максимально наближена до громадян. Саме первинна лікувальна допомога, профілактика та диспансеризація дозволяють вчасно визначити захворювання, не допустити його ускладнення і тим самим уникнути тривалого і дорогого лікування. Величезну роль в роботі закладів первинної медико-санітарної допомоги відіграє санітарно-просвітницька робота, оскільки профілактичне направлення первинної ланки неможливо без активногї свідомої участі населення.

***Заходи і засоби особистої професійної безпеки   
медичної сестри   
під час надання медичної допомоги пацієнтам, при роботі з кров’ю та іншим біоматеріалом, апаратурою тощо.***

**Слід пам`ятати, що з кожним біоматеріалом необхідно поводитися як із заразним!**

Основні правила захисту медичних працівників від інфекції:

- інформація про конкретні джерела інфекції;

- чисте і ретельне миття рук;

- використання індивідуальних засобів захисту (шапочки, гумові рукавички, маски, фартухи із клейонки або пластикату, захисні окуляри або щитки);

- накладання водонепроникних пов`язок на порізи і садна);

- уникання проколів, порізів рукавичок і рук.

***Техніка безпеки при роботі з кисневими балонами.***

Стиснений газо­подібний кисень при стиканні з маслами, жирами, нафтою активно з'єд­нується з ними, викликаючи вибух. Тому не можна користуватися для відкручування вентиля тканинами зі слідами фарби, жиру чи мастил. У приміщенні, де є кисневі балони, не дозволяється курити, користува­тись відкритим вогнем.

Балони зберігають у спеціальних нішах, зафіксувавши їх металеви­ми ланцюгами. При транспортуванні балонів слід остерігатися поштовхів і ударів. Потрапляння струменя кисню на слизову оболонку очей при відкритті вентиля балона може спричинити опік і ушкодити зір. У при­міщенні, де є кисневі балони, повинні бути вогнегасники.

Інгаляцію кисню можна проводити через маску. Маски бувають мета­леві або пластикові, вигнуті таким чином, щоб при накладанні на облич­чя вони герметично закривали рот і ніс. Введення кисню за допомогою маски може здійснюватись за відкритою, напівзакритою або закритою системами. При відкритій системі маска нещільно прилягає до обличчя, і вдихувана га­зова суміш - це збагачене киснем (до 30%) атмосферне повітря. Видих відбувається в оточуюче середовище. При інгаляції кисню за напівзакри­тим методом лише частина вдихуваної суміші надходить у зовнішнє се­редовище. Економічного використання кисню досягають включенням в систему дихального мішка. З метою запобігання постійному переповнен­ню мішка він обладнаний клапаном викиду, через який видаляється надлишковий об'єм дихальних газів. Маску щільно одягають на обличчя, фіксуючи її гумовими лямками. Дихання відбувається чистим киснем з поверненням у камеру близько 1/3 видихуваного повітря. Кисень при цій системі можна не зволожувати. Час від часу дихальну камеру спорожню­ють від конденсованої вологи. Недоліком цього методу є можливе збіль­шення концентрації вуглекислоти у суміші, яку вдихають.

***Уявлення про хворобу, її етіологією, патогенез, симптоми, синдроми, перебіг, діагноз, лікування, прогноз, профілактику***

Хвороба та етапи її розвитку**.**Згідно з визначенням великого російсь­кого терапевта С.П. Боткіна, "Хвороба не є щось особливе, самостійне, вона являє собою звичайні явища життя при умовах, які невигідні орга­нізму". На думку видатного українського лікаря Б.С. Шкляра, хвороба - це одна з форм життя, вона така ж плинна, така ж мінлива, як саме життя. Як і життя, хвороба має свою історію, своє минуле, теперішнє і майбутнє. Більше того, хвороба людини як "звичайне явище життя" тісно переплітається з періодами її нормального життя, які чергуються поміж собою. Тому медичний працівник лише тоді отримає чітке уявлення про хворобу сво­го пацієнта, коли детально ознайомиться з його життям - від раннього дитинства до моменту контакту з медициною.

Відтак, ***хвороба***- це порушення життєдіяльності організму під впли­вом надзвичайних подразників навколишнього і внутрішнього середови­ща, яке характеризується зниженням можливості організму пристосовува­тися до цих впливів, незважаючи на мобілізацію своїх захисних сил. Зна­ти можливості захисту від хвороби - то вже половина успіху в лікуванні. Ще великий Галілео Галілей писав: "Вища мудрість - знати себе самого". Подібне знаходимо й у старогрецьких філософів Гіппократа, Сенеки, Сократа, Гомера, Тацита, Цицерона, а також у лікарів XIX-XX ст. М.Я. Мудрова, А.П. Чехова, Ф.Г. Яновського, В.П. Образцова, М.Д. Стражеска.

**Розрізняють 4 чотири періоди розвитку захворювання*:***

1. ***Прихований (інкубаційний, латентний)***- час від початку дії хвороботворного агенту до виникнення перших проявів хвороби. Наприклад, атероск­леротичні бляшки у вінцевих артеріях тривалий час можуть не проявля­тися стенокардією.
2. ***Продромальний період***– час між появою перших проявів до повного розвитку хвороби.. В цей період прояви хвороби нечіткі, неспецифічні,так звані загальні симптоми - (при атеросклерозі вінцевих артерій це напади стенокардії, інфаркт міокарда тощо).
3. ***Періоди повного розвитку захворювання***– проявляється специфічними ознаками захворювання, має більш чи менш визначений термін
4. ***Період розрішення хвороби або одужання***

У подальшому можливі періоди регресії захворювання (зворотного роз­витку) і видужання (наприклад при пневмоніях, плевритах, нефритах) або ремісії захворювання.

***Уявлення про етіологію****.*Під ***етіологією*** розуміють причину виникнен­ня хвороби або патологічного стану. Хворобу спричинюють ***зовнішні і внутрішні фактори***. ***До зовнішніх***належать інфекційні, механічні, фізичні, хімічні, соціальні фактори, нездоровий спосіб життя, алергія, спадковість.

До ***інфекційних факторів*** відносяться патогенні мікроби (стрептококи, стафілококи, пневмококи, ентерококи, хламідії, рикетсії, мікоплазма, легіонели та ін.), віруси, пріони. Вони потрапляють в організм людини або безпосередньо (повітряно-краплинним шляхом при кашлі, чханні), або за­носяться із забрудненими інфекційними факторами харчовими продукта­ми. Інфекція може передаватися через предмети, забруднені випорожнен­нями хворого, а також з пилом, димом, газом від двигунів тощо. Мікроор­ганізми можуть потрапити в організм під час ін'єкцій, через ушкодження шкіри, слизові оболонки.

Гельмінтози передаються через погано вимиті руки, при тісному кон­такті з домашніми і дикими тваринами.

Малярійні комарі переносять збудників малярії, а кліщі - енцефаліт та інші захворювання. Пріони можуть потрапити в організм з кістковим бо­рошном. Збудники сказу корів можуть потрапити з м'ясом хворих тварин.

З ***механічними факторами*** пов'язані такі захворювання, як травматич­ний плеврит і ателектатична пневмонія, пневмоторакс тощо.

До ***фізичних факторів*** належать охолодження (поліартрит, гломерулонефрит, пієлонефрит), перегрівання (тепловий удар), перебування на ви­соті понад 3500-4000 м над рівнем моря (висотна хвороба), перехід від підвищеного атмосферного тиску до нормального (кесонна хвороба), вплив радіонуклідів (променева хвороба, лейкемії, анемії).

До ***хімічних факторів*** відносять кислоти, основи, алкоголь, метал-токсиканти (талій, кадмій, цинк, молібден, свинець). Яскравим прикладом впливу на організм людини хімічних факторів є чернівецька хімічна хво­роба (Д.Д. Зербіно, А.М. Сердюк, 1998). Сутність захворювання полягає в ураженні волосся (алопеція - випадання волосся), розвитку респіраторно­го синдрому, токсичної енцефалопатії (делірій, церебрастенія, вегетативні розлади), еозинофіли, лімфоцитозу, відносної нейтропенії, зсуву лейкоци­тарної формули вліво, шкірно-трофічних змін, шлунково-кишкових роз­ладів, ознак ураження нирок та печінки. Найімовірнішою причиною чер­нівецької хімічної природи є фізичний чинник - метал-токсикант талій.

До етіологічних факторів відносять і ***порушення в харчуванні.*** Шкідли­ве як недостатнє харчування, яке знижує опірність організму і сприяє розвитку гіпо- й авітамінозу, так і надмірне, яке призводить до розвитку подагри, ожиріння, атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, ішемічної хво­роби серця тощо.

З порушенням харчування тісно пов'язані й інші фактори - часті від'ємні емоції і стреси, куріння, споживання алкоголю, наркотиків, ма­лорухомий спосіб життя. їх можна вважати соціальними факторами, вони, на жаль, набули широкого розмаху

***Алергія*** - це спотворена реакція організму на конкретні фактори довкілля – алергени (фарби, квіти, домашній пил, домашні тварини тощо).

***Спадковість*** - це генетична детермінованість, характерна для багатьох внутрішніх хвороб: гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, цук­рового діабету, деяких форм ділатаційної і гіпертрофічної кардіоміопатії, виразкової хвороби тощо.

***Уявлення про патогенез.***

***Патогенез -***це механізм розвитку захворювання. Наприк­лад, у розвитку ішемічної хвороби серця та її ускладнень (гострих коро­нарних синдромів) провідна роль належить ліпопротеїдній інфільтрації інтими та розвитку запально-імунної відповіді на ушкодження ендотелію. Патогенез жовчнокам'яної хвороби пов'язаний із синтезом печінкою по­тенційно літогенної жовчі (із зниженим вмістом жовчних кислот, що при­зводить до кристалізації холестерину й утворення холестеринових каменів).

За **характером перебігу хвороба може бути**:

***- гострою***;

***- підгострою;***

***- хроніч­ною;***

***- рецидивуючою*** (такою, що повертається).

**Перебіг хронічної хвороби характеризується періодами:**

***- ремісія***- покращення стану пацієнта, зникнення або зменшення проявів хвороби на деякий час;

***- рецидив -***повна поява ознак хвороби після більш або менш тривалого періоду їх відсутності;

**Ускладнення** – поява нового патологічного процесу, як наслідок основного.

Кожне захворювання проявляється певними ознаками, їх називають ***симптомами.***Наприклад, кашель є симптомом запалення бронхів - брон­хіту, а біль за грудниною - симптомом ішемічної хвороби серця.

Симптоми: суб’єктивні (біль, нудота), об’єктивні (збільшення печінки, наявність білка в сечі тощо).

Сукупність симптомів називають ***синдромом.*** Наприклад, синдром Морганьї-Адамса-Стокса - це сукупність таких симптомів, як запаморо­чення, втрата свідомості, мимовільне сечо- та каловипускання. Він розвивається при різкому падінні серцевого викиду при аритміях чи блокадах провідної системи серця. Синдром Вольфа-Паркінсона-Байта ха­рактеризується такими ЕКГ-симптомами, як укорочення інтервалу PQ, дельта-хвиля на висхідному коліні комплексу *(QRS,*деформація останньо­го. Такий симптомокомплекс (синдром) виникає у хворих з додатковими провідними шляхами. Клінічно він проявляється нападами атріовентрикулярної реципрокної тахікардії - АВРТ.

На підставі симптомів та синдромів формується висновок про хворобу - ***діагноз***.

**Він може бути**:

***- попереднім***

***- клінічним***

***- заключним*** (перед випи­суванням з лікарні)

- ***патологоанатомічним***

Попередній діагноз ставиться на підставі суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворого. З попереднім діагнозом хворого направляють до лікарні, де з урахуванням результатів лабораторно-інструментального дослідження (додаткових методів) ставиться клінічний діагноз, проводиться диференці­альна діагностика і призначається патогенетично обґрунтоване лікування.

Диференціальна діагностика передбачає порівняння симптомів і синдромів, що є у хворого. Звичайно для диференціальної діагностики виносяться два-три (рідше чотири-п'ять) захворювань з подібною симптоматикою. При цьо­му спочатку фіксують подібні симптоми, а потім такі, які їх розмежовують. Зваживши всі "за" і "проти", врахувавши попередній діагноз і результати лабораторно-інструментального дослідження хворого, установлюють заключ­ний клінічний діагноз.

Після встановлення клінічного діагнозу хворому призначають ***лікуван­ня*** (curatio). Воно завжди ***комплексне.*** Лікування може бути амбулатор­ним, стаціонарним у лікарнях, клініках, центрах, стаціонарним удома, денним стаціонарним у поліклініці, сільській амбулаторії, санаторно-курортним тощо.

Будь-який вид лікування ***передбачає певний режим*** - суворий ліжко­вий, ліжковий, палатний. Лікування може проводитися в щадному, щад­но-тренувальному чи тренувальному режимах.

Призначаючи ліжковий режим, лікар і фельдшер повинні уточнити, що саме потрібно хворому - абсолютний спокій і постійний догляд чи відносний спокій, коли хворому дозволено вставати для приймання їжі, іти в туалет тощо. У відділенні, де лікують хворих, повинен панувати охоронний режим, принципи якого будуються на ідеї нервізму, сформульо­ваної І.П. Павловим. Усі у відділенні повинні дотримуватися тиші, уника­ти конфліктів, процедури мають виконуватись у спокійній, діловій обста­новці, у визначений правилами внутрішнього розпорядку час.

Наступним компонентом лікування є раціональне харчування. За ним закріпився термін "дієтотерапія". За М. І. Певзнером, розрізняють 15 дієтичних столів, найважливіші з них: № 1а, 16, їв, які застосовують для лікування хворих на виразкову хворобу; № 5 - при захворюваннях печінки; № 5п - при захворюваннях підшлункової залози; № 7 - при хворобах нирок; № 9 - при цукровому діабеті.

Основним у терапії внутрішніх захворювань є медикаментозне лікування, яке передбачає введення ліків різними шляхами - внутрішньо, підшкірно, внутрішньом'язово, внутрішньовено, крізь пряму кишку тощо. Фармакологічні препарати можна вводити також з використанням фізич­них факторів (електрофорез, фонофорез, внутрішньоорганний електрофорез).

Важливим лікувальним фактором є ***лікувальна фізкультура***. Усі методи лікування повинні супроводитися добре налагодженим доглядом за хворими.

***При виписуванні*** хворого з лікарні вказують основне захворювання, його ускладнення та супутнє захворювання. Якщо настала смерть, вказу­ють безпосередню причину летального кінця.

Для успішного лікування необхідно добре вникнути в патогенез захво­рювання кожного конкретного хворого. За висловом лікаря М.Я. Мудрова, лікувати треба хворого, а не хворобу.

***Уявлення про прогноз хвороби****.*При виписуванні зі стаціонару кожно­му пацієнтові лікар формулює прогноз перебігу його захворювання (спри­ятливий, несприятливий), прогноз щодо праці, а також прогнози щодо відновлення функції та якості життя .

Для успішного лікування захворювання необхідна точна діагностика

***Діагностика –*** вчення про методи обстеження пацієнта з метою розпізнавання захворювання, його стадії, наявності супутніх захворювань та станів. Для кожного рівня надання медичної допомоги є свої можливості по діагностичним втручанням (загально клінічні обстеження не треба робити на третинному рівні через надвисоку ціну роботи спеціалістів цього рівня, не дуже високу інформативність для остаточної діагностики та через простоту виконання, високо спеціалізовані інвазивні діагностичні втручання як коронарокардіографія мають проводитись на вторинному та третинному рівнях для забезпечення якості та зниження собівартості процедури).

***Уявлення про профілактику****.*

***Профілактика*** - це комплекс заходів, спрямованих на покращення або підтримання здоров’я на достатньому рівні з метою запобігання виникненню захворювання, для сприяння одужанню або досягнення стійкої ремісії. Він складається з медикаментозних засобів, дієтичних порад, ре­комендацій щодо куріння, вживання алкоголю, способу життя тощо. Первинна профілактика спрямована на збереження та покращення здорової людини без факторів ризику. Вторинна профілактика - це комплекс заходів, спрямованих на запобігання виникненню захворювання на етапі коли є ще лише фактори ризику захворювання. Третинна профілактика, тобто запобігання рецидивам та повторному зах­ворюванню.

***Лікування:***

***За направленістю лікувальних впливів виділяють:***

***- етіотропне – направлене на усунення причини захворювання (антибіотики, противірусні, антигельмінтні препарати);***

***- патогенетичне – направлене на припинення патологічного процесу в організмі (препарати заліза при постгеморагічній анемії, інгібітори протонної помпи при виразковій хворобі 12 палої кишки);***

***- симптоматичне (жарознижуючі при ГРВІ, деконгестанти при нежитю, протиалергічні при кропив’янці).***

***За засобами:***

***- режим;***

***- дієтотерапія;***

***- медикаментозне;***

***- фізіотерапевтичне;***

***- догляд.***

***За результативністю:***

***- радикальне – призводить до повного одужання (оперативне видалення іншородного тіла, хіміотерапія при хіміочутливих пухлинах;***

***- паліативне – направлене виключно на покращення самопочуття пацієнта та здатності до самообслуговування (знеболення при хронічному больовому синдромі, постановка постійних сечових катетерів, калоприймачів;***

***- підтримуюче – з метою підтримки, заміни (протезування) втрачених або пригнічених функцій організму (апарат штучного дихання, внутрішньо венне або зондове харчування, гемодіаліз при хронічній нирковій недостатності).***

***Суб’єктивні та об’єктивні методи обстеження***

***пацієнта медичною сестрою***

Діяльність медичної сестри в різних аспектах організації її роботи теоретиками медсестринства розглядається як послідовність кроків, які вона здійснює, надаючи медичну допомогу, тобто, медсестринський процес.

Обстеження пацієнта починається з контакту медичної сестри і пацієнта, а саме з опитування, яке повинно проводитися цілеспрямовано, не поспішаючи.

При першому ж контакті з пацієнтом медсестра починає збирати інформацію. У конкретні терміни після контакту людини з системою медико-санітарної допомоги проводиться початкова оцінка (із використанням відповідної концептуальної структури такої, як модель сестринської справи) ситуації і її документування. В ідеалі ця початкова оцінка містить у собі докладну історію хвороби, де це можливо, пацієнта просять висловити власну думку і розповісти про наявні потреби, потім отримана інформація аналізується і кладеться в основу визначення потреб людини в догляді (за наявності лікаря в медичному закладі історія хвороби заводиться виключно лікарем).

Оскільки сестринський процес вважається динамічним підходом, що передбачає чуйну реакцію на зміни стану здоров`я пацієнта, ця первинна оцінка доповнюється в міру подальшого надходження інформації, що одержують за допомогою безупинної оцінки і переоцінки. Отримана інформація стає основою, із якої порівнюються всі наступні дані і відомості про стан здоров`я пацієнта.

Оцінка стану пацієнта потребує фахових знань і навичок. Тому, звичайно її проводять кваліфіковані сестри. Первинну оцінку і планування догляду проводить сестра, на яку покладено обслуговування даного пацієнта.

Збір інформації дуже важливий. Він служить відправним моментом всієї подальшої роботи. Неякісний збір інформації веде за собою помилкові висновки та дії. Недостатня інформація супроводжується неадекватними діями.

**Мета обстеження –**зібрати, обґрунтувати і взаємопов`язати отриману інформацію про пацієнта для того, щоб створити інформаційну базу даних про нього, про його стан у момент звертання за допомогою. Значна роль в обстеженні належить розпитуванню (проведення інтерв`ю). Наскільки вміло сестра зможе налаштувати пацієнта на необхідну розмову, настільки повноцінною буде отримана нею інформація.

***Дані обстеження*** можуть мати **суб’єктивний і об’єктивний характер**.

*Суб’єктивний метод* обстеження - це бесіда. Мета бесіди під час проведення оцінки: встановити відносини «сестра - пацієнт», у центрі яких стоїть здоров`я пацієнта та отримати необхідну інформацію для планування догляду. Джерелом інформації є, у першу чергу, сам пацієнт, що викладає власні припущення про стан свого здоров`я. Ця інформація носить суб`єктивний характер, її може дати тільки сам пацієнт. Суб`єктивні дані включають почуття й емоції, виражені вербальним і невербальним методами.

*Об’єктивний метод*обстеження – це використання органів чуття медичної сестри для отримання інформації про стан здоров’я пацієнта без використання контакту з його свідомістю. Включає огляд, пальпацію, перкусію, аускультацію.

**Сестринський процес**– це метод науково обґрунтованих і здійснюваних на практиці дій медичної сестри з надання допомоги пацієнтам. Основу цієї діяльності становить реалізація медсестринського процесу. Головну роль у ньому відіграє медична сестра, яка в межах своєї компетенції надає медичні та медсестринські послуги, спрямовані на зміцнення здоров’я пацієнта, запобігання захворюванням, стабілізацію стану та виздоровлення. Вона працює в тісному контакті з пацієнтом з метою сприяння успішній діагностиці, задоволення його потреб, вирішення дійсних і супутніх проблем, пов’язаних із захворюванням, та ефективного лікування й реабілітації.

Потреба в медсестринському процесі універсальна. Вона передбачає надання кваліфікованого догляду за пацієнтом, опіки над ним у широкому сенсі (побутовому, соціальному, духовному, національному з точки зору традицій).

Медична сестра обговорює з пацієнтом питання медсестринського процесу, першочерговості та послідовності надання медсестринських послуг, догляду. Важливою умовою успішного медсестринського процесу є вміння медичної сестри уважно вислухати пацієнта, визначити спільно з ним пріоритетні напрями діяльності, що має принести пацієнту психологічний та фізичний комфорт і значне полегшення.

***Є п'ять етапів сестринського процесу:***

1. Сестринське обстеження.

1. Медсестринська діагностика.
2. Планування сестринських втручань.
3. Реалізація запланованого сестринського догляду (плану сестринсько­го догляду).
4. Оцінка результатів сестринських втручань.

Максимальне використання навичок об’єктивного обстеження необхідне в разі відсутності лікаря. Кожного разу при повторному контакті з пацієнтом медична сестра проводить всі п’ять етапів мед сестринського процесу, просто в неповному обсязі, достатньому для динамічного спостереження.

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Мета першого етапу - визначити конкретні потреби людини або сім'ї в сестринському догляді, а також їхні можливості надання самодопомоги. При першому ж контакті з пацієнтом сестра починає збирати інфор­мацію. В процесі первинної оцінки можна виділити декілька систематичних стадій:

1. Збір необхідної інформації.
2. Інтерпретація зібраної інформації.
3. Визначення явних і потенційних потреб людини у догляді, її можливостей в наданні самодопомоги.
4. Розробка першочергових завдань догляду.
5. Перевірка правильності визначених вами потреб і основних за­вдань, де це можливо, із самим пацієнтом.

***Збір інформації.***

***Розпитування.***Одним із найважливіших завдань медичної сестри є оволодіння методикою розпитування хворих. Обстеження пацієнта починається з того, що йому ставлять запи­тання. Сукупність відомостей, отриманих при роз­питуванні хворого, називається анамнезом (від грецького слова апаmnesis - спогад), а процес отримання цих ві­домостей при співбесіді називається збиранням анамнезу.

Проведення опитування вимагає спеціальних знань, психологічної підготовки медичної сестри для встановлення довірливих стосунків з пацієнтом, для тактовного ведення бесіди. Джерелом інформації може бути не тільки хворий, але і члени його сім`ї, колеги по роботі, друзі, випадкові перехожі тощо.

**Опитування**включає:

* з`ясування ***паспортних даних***,
* ***історія виникнення* *проблеми в здоров`ї пацієнта***,
* ***розвиток (в дитинстві),***
* ***соціологічні дані***(взаємовідносини, місце роботи, навколишнє середовище, у якому пацієнт живе і працює),
* ***інформація про духовний розвиток*** (духовні цінності, віра тощо),
* ***відомості про культуру***(етнічні і культурні цінності),
* ***психологічні дані***(індивідуальні особливості характеру, самооцінка і здатність приймати рішення).

*Правила розпитування.*При першому контакті з обстежуваним медична сестра знайомиться з ним, уточнюючи паспортні відомості:

***Загальні відомості про*пацієнта**: прізвище, ім'я, по батькові, стать, дату народження, хто направив, сімейний стан, професію, вік, місце проживання і місце роботи.

***Проблеми пацієнта і їх деталізація****.*Проблеми - неприємні від­чуття, що виникають при порушенні функції чи структури функціо­нальних систем. Розповідь пацієнта про проблеми необхідно деталізувати. Опитування по системах органів.

**Історія виникнення проблеми в здоров`ї пацієнта .**З цією метою з`ясовують давність виникнення***захворювання;*** ***його розвиток;*** ***у якій послідовності з`явились ті чи інші клінічні прояви***; ***з чим пацієнт пов`язує розвиток захворювання;*** ***у разі хронічного перебігу*** – як часто виникали рецидиви, де отримував лікування в разі загострення (в умовах стаціонару чи амбулаторно); ***які методи лікування застосовував пацієнт***(терапевтичні, хірургічні тощо); ***які лікарські засоби вживав та вживає зараз, чи було ефективним проведене раніше лікування;*** ***можливі причини неефективності лікування.***

**Анамнез життя**-є медичною історією життя пацієнта, збирається в певній послідовності:***біографічні дані*** (де і коли народився, де мешкав, особливості фізичного та психічного розвитку). З`ясувати перебування в регіонах за межами місця звернення. У чоловіків з`ясовуємо де служили (вплив радіації);***трудовий анамнез***: наявність професійних шкідливостей (хімічні речовини, робота в нічні зміни, наявність частих стресів тощо);***побутовий анамнез***: умови проживання, режим харчування, повноцінність харчування;***шкідливі звички:*** вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління тощо; ***спадковість****(*збирають відомості про прямих близьких родичів);***алергологічний анамнез***: наявність алергії на лікарські засоби, продукти харчування, інші речовини;***перенесені захворювання і травми***;***у жінок збирають гінекологічний анамнез***: аборти, перебіг вагітності та пологів, перенесені гінекологічні захворювання тощо;***епідеміологічний анамнез***: контакт із пацієнтами на інфекційні захворювання тощо.

Всі дані, зібрані про життя і захворювання пацієнта, є строго конфіденційними, не підлягають розголошенню, тобто є медичною таємницею.

Після завершення опитування переходять до ***об`єктивних методів обстеження.***

**Проводячи обстеження пацієнта, слід з`ясувати:**

* *стан його здоров`я з урахуванням кожної з 14 фундаментальних потреб;*
* *що цей пацієнт здатен робити сам, яка допомога йому потрібна для задоволення кожної потреби;*
* *як нинішній стан здоров`я пацієнта , його соціальні потреби заважають йому здійснювати само догляд або допомогу вдома;*
* *які потенційні труднощі чи проблеми можна передбачити у зв`зку зі зміною його здоров`я;*
* *здатність людини до само догляду, яку допомогу їй можуть надати родичі чи друзі та інш.*

Об`єктивне обстеження проводяться по визначеній схемі. Всі отримані дані заносяться в сестринську історію хвороби пацієнта. Спочатку проводять огляд пацієнта, потім пальпацію, перкусію, аускультацію по схемі:

* ***органи системи дихання;***
* ***органи серцево-судинної системи;***
* ***органи системи травлення;***
* ***органи сечовивідної системи;***
* ***опорно-руховий апарат****;*
* ***ендокринна і нервова система.***

**Огляд проводиться за дотриманням певних правил*: достатнє освітлення; тепле приміщення, відсутність сторонніх осіб.***

Огляд пацієнта розділяють на ***загальний та місцевий***.

Спочатку проводять ***загальний огляд***, а потім послідов­но оглядають ділянки тіла.

Огляд починається з визначення **свідомості.**Вона може бути ясна або порушена: ***сопор*** (сплячка - пацієнт відповідає лише на окрик);***ступор*** (оглушеність – пацієнт відповідає з затримкою, не повністю, швидко припиняє контакт); - ***кома* (**повна втрата свідомості, з відсутністю рефлексів і порушенням вітальних функцій організму); -***марення***(поява у пацієнта бачень, не пов’язаних із реальним життям).

При оцінці мови пацієнта слід звернути увагу на чіткість вимови, структуру мовлення, послідовність мислення. При будь яких відхиленнях слід вияснити тривалість таких змін, чи не є вони індивідуальною особливістю пацієнта з часу становлення мовних функцій.

**Загальний стан** пацієнта може бути: ***задовільним;*** ***середнього ступеня тяжкості;тяжким;*** ***вкрай тяжким,***термінальний стан — запредільна кома с грубими ознаками уражения ствола і порушеннями вітальних функцій***.***Така оцінка вкрай важлива для прогнозування подальших медичних втручань (місце лікування, застосування конкретного лікувально-охоронного режиму, можливість до транспортування, прогноз для життя)

**Положення в ліжку** може бути: ***активне;*** ***пасивне;*** ***вимушене***.

На сьогоднішній день існує декілька стандартизованих оціночних таблиць щодо загального стану пацієнта (Глазго, Шахновича). **Шкала коми Глазго** (ШКГ, Глазго-шкала важкості коми, The Glasgow Coma Scale, GCS) — шкала для оцінки ступені порушення свідомості і коми дітей старше 4-х р. та дорослих. Шкала була опублікована в 1974 році Грехемом Тиздейлом та Б. Дж. Дженнетт, професорами нейрохірургії Інституту Неврологічних наук Університету Глазго

Шкала складається з трьох тестів, що оцінюють реакцію відкривання очей (**E**), а також речові (**V**) та рухові (**M**) реакції. За кожен тест нараховується певна кількість балів. В тесті відкривання очей от 1 до 4, в тесті речових реакцій от 1 до 5, а в тесті на рухові реакції от 1 до 6 балів. Таким чином, мінімальна кількість балів  — 3 (глибока кома), максимальна — 15 (ясна свідомість).

* + 15 балів — свідомість ясна.
  + 14-13 балів — помірне оглушення.
  + 12—11 балів — глибоке оглушення.
  + 10—8 балів — сопор.
  + 7-6 балів — помірна кома.
  + 5-4 балів — глибока кома.
  + 3 бали— запредільна кома, загибель мозку.

Звертають увагу на **вираз обличчя:** ***перелякане,*** ***втомлене, нерухоме, страждальницьке,*** ***байдуже.***

**Будова тіла** - це поняття охоплює конституцію, зріст і масу тіла.

**Конституція: *гіперстенічна***-низькі, широкі у плечах, реберний кут більше 90о;***астенічна***- високі, вузькі у плечах, реберний кут менше 90о;***нормостенічна***- з пропорційною будовою тіла.

**Маса тіла людини**може бути: ***- недостатньою***-зниженого вигодування;

***- нормальною***- задовільного вигодування; ***- надмірною***- підвищеного вигодування; ***- кахексія*** - крайній ступень схуднення.

Під час огляду **шкіри**звертають увагу на колір: ***- блідість (***анемія, колаптоїдні реакції, захворювання крові, серця); ***- ціаноз***(синюшність, яка спостерігається при критичних станах, хворобах крові, серця, може бути **дифузним**(всього тіла) і **акроціаноз**- перефирична синюшність).***- гіперемована; -іктеричність***-жовтушність при захворюваннях печінки і крові;***-сірувато-землистий*** - при онкологічних захворюваннях.

Зменшення еластичності шкіри спостерігається при зневодненні організму, при анемії;ендокринних хворобах, кахексії, в процесі старіння. Крім цього шкіра може бути **сухою**- при трофічних, ендокринних порушеннях і **надмірно вологою** - гарячка, туберкульоз, ендокринні хвороби. Звертають увагу **на висипи, післяопераційні рубці**тощо.

Оцінюють **поставу і ходу.**

Звертають увагу на **форму голови**, положення голови. На обличчі можлива поява ознак протилежної статі (оволосіння у жінок при ендокринологічних порушеннях). Одутлість (при захворюваннях нирок і ендокринних порушеннях).

Існують деякі **зміни в обличчі**, типові для певних хвороб:

***- обличчя Корвізара***- одутле, жовтувато-бліде, акроціаноз;

***- акромегалічне***-збільшення випнутих частин (ніс, підборіддя), при ендокринному захворюванні;

***- обличчя «воскової ляльки»***-одутле, бліде з жовтуватим відтінком,

***- обличчя Гіппократа***- бліде, з загостреними рисами, типове для колаптоїдних реакцій.

Потім звертають увагу на **повіки і форму очної щілини:**

***- набряклість повік***- захворювання нирок; ***- ксантоматоз***-холестеринові мішечки жовтуватого кольору на повіках, при уражені печінки і атеросклерозі;

***- витрішкуватість***- при захворюваннях щитоподібної залози.

***-звуження зіниць*** - при уремії, пухлинах, отруєння препаратами морфія, внутрішньочерепних крововиливах.

Важливе значення мають **форма і розмір зіниць**:

***-міоз***- звуження зіниць, при уремії, пухлинах і крововиливах у мозок;

***-мідріаз***- розширення зіниць - ознаки коми;

***-анізокорія* -** зіниці очей неоднакового розміру.

При огляді **носа**потрібно звертати увагу на його збільшення і потовщення (акромегалія), на зміну форми.

При огляді **порожнини рота**звертають увагу на стан слизової оболонки - висипки, виразки, тріщини, крововиливи, які є ознаками хвороб. Відсутність багатьох зубів може сприяти виникненню захворювань травного каналу, а наявність каріозних зубів є джерелом хронічних інфекцій. Обов`язково оглядають **язик**-в нормі вологий, чистий, але при деяких захворюваннях вкривається нашаруванням (білим, жовтим, темно-коричневим), стає сухим, змінюється структура його поверхні - гладкий, тріщини, « лакований».

Оглядають волося, нігті, лімфатичні вузли.

При **огляді шиї**звертають на такі можливі зміни:

* ***зміна конфігурації*** - потовщення дифузне або часткове при захворюваннях щитоподібної залози;
* ***збільшення шийних лімфатичних вузлів*** при туберкульозі, онкологічних захворюваннях і хворобах крові;
* ***патологічна пульсація судин***- при хворобах крові, серця.

**Форма грудної клітини (**можуть бути зміни):

**- *емфізематозна***-коротка, глибока й широка, спостерігається у пацієнтів з розширенням легенів (вона має бочкоподібну форму);

***- паралітична***- плоска, довга, часто вузька;

***- лійкоподібна***-характеризується вдавленням нижньої частини груднини і мечоподібного відростка;

***- сколіотична*** -розвивається внаслідок викривлення хребта вбік;

***При огляді хребта можна виявити:***

***- кіфоз***- хребет вигнутий назад;

***- лордоз***-хребет угнутий вперед.

Огляд **кінцівок** дає змогу виявити стан суглобів: припухлість, збільшення тощо.

Під час огляду **живота**визначають його форму і розміри, наявність випинань.

**Пальпація**

***Пальпація -***це метод обстеження пацієнта, оснований на викорис­танні дотикових відчуттів пальців чи кистей однієї або обох рук. Метод доповнює дані огляду і дозволяє визначити болючість, місцеву темпера­туру, вологість шкіри, рухомість та величину лімфатичних вузлів. Пальпацією досліджують всі зовнішні структури, кістки, зчлену­вання, м'язи, сухожилля і суглоби, поверхневі артерії і варикозно роз­ширені вени, поверхневі нерви; цим способом виявляють наявність на­бряків і гематом. ***Види пальпації*:** *поверхнева та глибока*. Руки медичної сестри повинні бути теплими, пальпацію проводять кінчиками пальців з коротко обстриженими нігтями. Пальпацію проводять без натискування послідовно, легко дотикаючись до поверхні всіх частин тіла.

По­ложення пацієнта при цьому залежить від того, у якій ділянці прово­дять пальпацію. Медична сестра повернута обличчям до пацієнта, що дозволяє контролювати реакцію хворого на обмацування.

**Перкусія**

***Перкусія***- вистукування, постукування.

Метод грунтується на вистукуванні поверхні тіла, з тим, щоб за характером отримуваного звуку оцінити фізичні властивості органів, що лежать під поверхнею тіла. Метод введений в практику віденським лікарем Ауенбругером в 1861 р.

Принцип перкусії полягає в тому, що під час постукування в певній ділянці тіла виникають різні звуки, характер який залежить від структури і ступеня пружності тканин. Загальновідомо, над якими органами повинен виникати в нормі перкуторний звук, і за його змінами судять про наявність патології. Звуки, що виникають під час перкусії:

1. Ясний (легені).

2. Тупий (серце, печінка).

3. Тимпанічний (кишківник, шлунок).

Шляхом перкусії визначають розміри внутрішніх органів грудної та черевної порожнин, їх співвідношення, наявність у них патологічних змін, болючість. Цей метод також застосовують з метою визначення фізичних властивостей внутрішніх органів та їх меж.

***Розрізняють***(за технікою виконання): ***безпосередню і посередню перкусію***. *Безпосередня перкусія* - коли одним або декількома пальцями вистукують по тілу пацієнта. При *опосередкованій перкусії* постуку­вання проводять по плесиметру. Найчастіше використовують перкусію пальцем по пальцю. Розрізняють за метою *порівняльну* - порівнюють звуки над симетричними органами (над легенями, у нормі вони повинні бути однаковими) та *топографічну* - визначають межі внутрішніх органів (легені, серце, печінка тощо).

**Аускультація.**

***Аускультація***(вислуховування) - вислуховуються звуки (шуми), які самостійно виникають унаслідок функціонування різних внутрішніх органів. Аускультацію вперше запровадив французький лікар Рене Лаенек. Проводять аускультацію за допомогою стетоскопа або фонендоскопа.

**Загальні правила аускультації:**

1. У приміщенні повинна бути не тільки тиша, а й тепло.

2. Стетоскоп прикладають до оголеної ділянки тіла.

3. У разі надмірного оволосіння шкіри під час аускультації можуть виникати додаткові шуми внаслідок тертя волосся під стетоскопом, тому волосся необхідно змочити водою, масляним або мильним розчином.

4. Раструб стетоскопа повинен прилягати до шкіри по всій поверхні для того, щоб між вухами і тілом пацієнта утворився замкнутий повітряний стовбур, коливання якого в основному й проводить звук.

5. Стетоскоп необхідно притискати до тіла.

6. Під час аускультації не треба притримувати гумові трубки стетоскопа руками.

Звуки виявлені під час аускультації відзначаються певною гучністю, тривалістю і висотою. Об`єктами аускультації передусім є органи грудної клітки (легені і серце), деякі периферичні судини (сонна, стегнова, плечова артерії, яремна вена), та меншою мірою – черевна порожнина (шлунок, кишки), в яких визначають нормальні і патологічні звукові явища. Кінцевим результатом першого етапу сестринського процесу є документування отриманої інформації і створення бази даних про пацієнта.

Зібрані дані записуються в сестринську історію хвороби відповідно до визначеної форми. Сестринська історія хвороби – юридичний протокол-документ самостійної, фахової діяльності медичної сестри в рамках її компетенції. Мета сестринської історії хвороби - контроль за діяльністю медсестри.

***Лабораторно-інструментальні методи обстеження.***

Застосування цих методів дозволяє не тільки глибше вивчати відомі захворювання, але і, що більш важливо, в деяких випадках забезпе­чує діагностику захворювань на доклінічному етапі розвитку їх.

В результаті проведеного першого етапу медсестринського проце­су - обстеження пацієнта - медична сестра заповнює карту сестрин­ського обстеження пацієнта.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика***

Як тільки медсестра приступила до аналізу отриманих у ході обстеження даних, починається **другий етап сестринського процесу** ***- встановлення проблем пацієнта і формування сестринського діагнозу.***Оскільки в пацієнта є декілька проблем, пов’язаних із здоров`ям, сестра не може приступити до їхнього вирішення одночасно. Тому для успішної допомоги пацієнтові медична сестра повинна їх розглядати з врахуванням пріоритетів. Пріоритети класифікуються на первинні, проміжні і вторинні.

Наступним завданням другого етапу є формування сестринського діагнозу. Усього перелік сестринських діагнозів включає 114 основних найменувань.

Сестринський діагноз**-**це визначення проблеми пацієнта, яка формується на основі зібраних даних і зроблених висновків.

Про­блеми пацієнта поділяються на **існуючі і потенційні**. ***Існуючі проблеми***- це проблеми, які турбують пацієнта в даний момент. Наприклад: під спостереженням знаходиться пацієнт, який одержав травму хребта. Потерпілий знаходиться на суворому ліжковому режимі. Про­блеми пацієнта, які турбують його в даний час- біль, стресовий стан, обмеження рухливості, дефіцит самодогляду і спілкування. ***Потенційні проблеми***- ті, які ще не існують, але можуть з'явитися з часом. У нашого пацієнта потенційними проблемами є поява пролежнів, пневмо­нія, зниження тонусу м'язів, запори, тріщини, геморой.

Для успішної допомоги пацієнтові медична сестра пови­нна розглядати з **врахуванням пріоритетів.**

Пріоритети класифікуються на ***первинні, проміжні і вторинні***. *Пер­винний пріоритет*мають проблеми, які вимагають негайного вирішення. Проблеми пацієнта з *проміжним пріоритетом* включають неекстремальні і безпечні для життя потреби хворого. Проблеми *вторинного пріори­тету* - потреби пацієнта, які не мають прямого відношення до захво­рювання або прогнозу.

Повернемося до нашого прикладу і розглянемо його з врахуван­ням пріоритетів. З існуючих проблем перше, на що повинна звернути увагу медична сестра, це больовий синдром, стрес - *первинні пробле­ми,*розміщені в порядку значимості. Вимушене положення тіла, обме­ження дій, дефіцит самодогляду і спілкування - *проміжні проблеми.*

З потенційних проблем первинними є можливість появи пролежнів і нерегулярне випорожнення кишечника. *Проміжними*- пневмонія, зниження тонусу м'язів. При кожній виявленій проблемі медична сестра намічає собі план дій, не залишаючи без уваги і потенційні проблеми, тому що вони можуть перетворитися в явні.

Наступним завданням другого етапу є **формулювання сестринсь­кого діагнозу.**

Усього перелік сест­ринських діагнозів включає 114 основних найменувань.

У даний час можна зустріти багато визначень сестринського діагно­зу

Сестринський діагноз - це визначення проблеми пацієнта, яка  
формується на основі зібраних даних і зроблених висновків.

Лікарський діагноз не змінюється, якщо не була допущена лікарська помилка, а сестринський діагноз може змінюватися щодня і навіть протягом дня у міру того, як змінюються реакції організму на хворобу.

***Обробка даних.***

Інформація, зібрана медсестрою про пацієнта, є надзвичайно важливою для складання сестринського діагнозу і відповідного планування  
сестринського догляду.

Перед плануванням зібрані дані повинні бути опрацьовані, класифіковані,  
інтерпретовані і підтверджені.

***Класифікація.***

Під час фази визначення медсестра накопичує багато даних, які вкрай складно використати в такому вигляді, в якому вони були зібрані. ***Класифікація*** є групуванням інформації за особливими категоріями.

***Інтерпретація.***

Другим кроком обробки даних є інтерпретація, яка включає в себе визначення важливих даних, порівняння зі стандартами або нормами і виявлення тенденцій. Сигнал - це інформація про пацієнта, отримана під час процесу визначення. Приклади сигналів: - температура 36 °С; - ріст 186 см; - вага 80 кг.

Висновок є судженням, яке зробила медсестра на основі обстежен­ня і досвіду.

***Підтвердження.***

Останнім кроком обробки даних є підтвердження. В цій фазі медсе­стра намагається підтвердити точність інтерпретації даних. Найбільш часто це виконується шляхом прямої взаємодії з пацієнтом або іншими особами.

***Як написати сестринський діагноз?***

Формулювання сестринського діагнозу складається з двох частин, з'єднаних словами "пов'язаний з" . Діагностичне формулювання почи­нається з визначення людських реакцій пацієнта (частина 1) і встанов­лення пов'язаних із ними факторів (частина 2).

Частина 1 - людські реакції.

Ця інформація допускає два сестринських діагнози, які відобража­ють наявність людських реакцій на те, що турбує пацієнта. В першій частині буде написано, наприклад:

1. "Біль" вказує , що пацієнт зазнає болю.
2. "Можливість запору" вказує на можливість виникнення запору.  
   Частина 2 - етіологічні фактори.

Етіологічні фактори (причина) визначаються в другій частині діагнос­тичного формулювання. Для запобігання, зменшення або полегшення реакції медсестра повинна знати, чим вона викликана. Етіологічні факто­ри визначають фізіологічні, психологічні, соціокультурні, духовні фак­тори і фактори довкілля, які розглядаються як причина реакції пацієнта.

***Приклади етіологічних факторів.*Фізіологічні.**

Нерухомість.

**Психологічні.**

Страх смерті.

Ефекти сенсорної недостатності. Почуття самотності.

**Соціокультурні.**

Понижена економічна спроможність.

**Довкілля.**

Підвищений шум.

**Духовні.**

Неспроможність дотримуватись релігійних переконань.

Заперечення переконань про Бога.

Конфлікт релігійних переконань і призначеного режиму.

Таким чином, другий етап сестринського процесу дає можливість медичній сестрі виділити основну проблему пацієнта і сформулювати сестринський діагноз. Визначення сестринських діагнозів та розширен­ня функціональних обов'язків медичних сестер передбачено реформою медсестринської освіти в Україні.

***Проблеми пацієнта.***

*Серцево-судинна система.*Біль в ділянці серця, його локалізація (за грудниною, в ділянці верхівки), умови виникнення (при фізичному навантаженні, хвилюванні, в спокої), іррадіація (в ліву руку, нижню щелепу, міжлопатковий простір, під ліву лопатку). Характер болю (сти­скаючий, колючий, пекучий, ниючий, відчуття важкості), періодич­ність (постійний, нападоподібний), тривалість, інтенсивність, супровід­ні явища, після чого проходить. Серцебиття, частота (постійно, періо­дично), тривалість, час і умови виникнення (при фізичному навантаженні, при зміні положення, у спокої, при хвилюванні, без'видимої причини). Перебої в серці, що супроводжуються відчуттям зупинки серця, пере­вертання його, з чим пов'язує виникнення.

Задишка: умови її виникнення (при фізичному навантаженні, при розмові, в спокої, залежно від положення хворого): характер задишки (утруднений вдих чи видих), нападами чи постійна.

Ядуха: час появи (вдень, вночі), зв'язок з фізичним навантажен­ням, частота нападів, тривалість, умови, за яких настає полегшен­ня.

Набряки, їх локалізація, час появи (вранці, в кінці дня, постійно, після чого зменшуються чи проходять).

Переміжна кульгавість, час виникнення, після чого проходить.

*Дихальна система.*Дихання через ніс вільне чи утруднене. Відчут­тя сухості в горлі чи за грудниною. Біль в грудній клітці, локалізація, характер болю (гострий, тупий, ниючий, колючий), інтенсивність болю, зв'язок з диханням, кашлем, зміною положення тіла.

*Кашель,*час і умови появи: вранці, вночі, постійно, періодично, голосність і тембр кашлю: гавкаючий кашель, беззвучний кашель, по­кашлювання, сухий чи з харкотинням. Кількість мокротиння за добу, в яку пору доби і в якому положенні хворого воно краще відходить, ко­лір, запах, домішки крові (прожилки, мокротиння змішане з кров'ю, чиста кров у вигляді декількох плювків, велика кількість — кровохар­кання). Колір крові (світло-червона, темна, іржавого чи малинового кольору).

*Задишка:*умови виникнення (в спокої, при фізичному навантажен­ні), утруднений вдих чи видих, причини виникнення (запах, хвилюван­ня, фізичне навантаження). Ядуха, передвісники, час виникнення, по­ведінка і положення хворого під час нападу. Тривалість нападу ядухт:, після чого проходить (вживання ліків, інгаляція чи парентеральне вве­дення їх).

*Лихоманка,*ступінь підвищення, характер лихоманки, остуда, під­вищена пітливість. Нічна пітливість.

*Травна система.*Апетит збережений, відсутність апетиту, зменше­ний, підвищений, страх перед вживанням їжі. Спрага, кількість випи­тої рідини за добу, слинотеча, сухість, гіркота в роті, зіпсуття смаку, біль і печія в язиці.

*Ковтання і проходження їжі по стравоходу*(болісне, утруднене залежно від характеру їжі, неможливе).

*Біль в животі,*його локалізація, умови виникнення, залежність від часу приймання (зразу після приймання їжі, через декілька годин, "голодний" і "нічний" біль) і характеру їжі (жирної, смаженої, гострої, молочної).

Інтенсивність, іррадіація болю, тривалість, сезонність болю. Факто­ри, що полегшують біль (блювання, приймання їжі, медикаментів, соди, тепло, холод).

*Блювання,*час виникнення (натще, через який час після приймання їжі чи незалежно від нього), кількість і характер блювотних мас (їжею, жовчю, кавовою гущею з домішками свіжої крові). Чи полегшує блюван­ня стан хворого. Запах блювотних мас (кислий, гнильний, без запаху).

*Нудота,*чи передує блюванню, залежність від приймання їжі і її характеру.

*Відрижка:*час її появи і характер (повітрям, їжею, кислим, "тух­лим").

*Печія:*зв'язок з прийманням їжі, чим полегшується.

*Здуття живота,*відходження газів, бурчання в животі, тенезми. Випорожнення: частота (регулярне, нерегулярне, після послаблювальних клізм), кількість, консистенція (оформлене, у вигляді кашки, рід­ке), колір і запах калу, домішки (слиз, кров, гній, гельмінти).

*Свербіння,*біль в ділянці заднього проходу.

*Органи сечовиділення.*Біль в поперековій ділянці: характер (тупий, гострий), постійний чи у вигляді нападів, іррадіація, тривалість, фак­тори, що сприяють появі чи підсиленню болю і його полегшенню.

*Сечовипускання*повільне, болісне, частота (вдень і вночі), кількість сечі за добу, колір (солом'яно-жовтий, "м'ясних помиїв", "пива"). За­пах, осад сечі. Мимовільне сечовипускання.

*Ендокринна система:*порушення росту і будови тіла, зміна ваги (ожиріння, виснаження), розлади статевого дозрівання. Зміни шкіри (над­мірна пітливість чи сухість, поява рубців). Порушення волосяного по­криву (надмірний розвиток, поява його на незвичних для статі місцях, випадання волосся). Розлади місячних і безпліддя жінок.

*Локомоторний апарат.*Біль в суглобах, кістках, м'язах, зв'язок зі зміною погоди. Припухлість, деформація суглобів, біль в хребті при ру­хах (в яких відділах).

*Нервова система і органи чуття.*Головний біль: локалізація, інтен­сивність, тривалість, чим полегшується. Запаморочення. Сон: рівний, глибокий, безсоння, сновидіння, працездатність збережена, знижена. Подразливість, плаксивість. Корчі, парестезії, запаморочення, втрата свідомості. Шум у вухах, зір, слух, відчуття запаху, смаку.

***Таксономія медсестринських діагнозів:***

1. **Серцево-судинна система**.

1. Задишка.
2. Ядуха.
3. Виділення кров'янистого пінистого харкотиння.
4. Біль у грудях.
5. Гострий стискаючий біль за грудниною.
6. Гострий пекучий біль за грудниною.
7. Постійний біль у ділянці серця.
8. Підвищення артеріального тиску (артеріальна гіпотензія).
9. Зниження артеріального тиску (артеріальна гіпотензія).

1.7. Запаморочення.

1.8. Знепритомнення.

1.9. Серцебиття.

1.10. Перебої в діяльності серця.

1.11. Набряки.

1.11.1. Периферичний набряк.

1.11.2. Набряки тіла.

1. Стискаючий біль у потилиці.
2. Блювання, пов'язане з артеріальною гіпертензією.
3. Носові кровотечі, пов'язані з артеріальною гіпертензією.
4. Ціаноз (синюха).

**2. Дихальна система.**

2.1. Порушення дихання.

2.1.1. Порушення вдиху.

2.1.2. Порушення видиху.

1. Задишка.
2. Ядуха, пов'язана з порушенням прохідності дихальних шляхів.
3. Кашель.

2.4.1. Сухий кашель.

2.4.2. Кашель з виділенням харкотиння.

2.4.3. Кашель з виділенням гнійного харкотиння.

1. Біль у грудній клітці.
2. Важкість у грудній клітці.
3. Кровохаркання.
4. Легенева кровотеча.

**3.Травна система.**

1. Нудота.
2. Блювання.
3. Одноразове.
4. Багаторазове.
5. Безперервне.
6. Криваве блювання.
7. Відрижка.
8. Печія.
9. Гикавка.
10. Метеоризм.
11. Загальний.
12. Локальний.
13. Запор.
14. Слиновиділення.
15. Підвищене (гіперсалівація).
16. Знижене (гіпосалівація).

3.9. Пронос.

3.9.1. Без слизу, зі слизом.

3.9.2. Без крові, з кров`ю.

3.9.3. Довготривалий.

3.10. Біль у животі.

1. Біль в епігастрії.
2. Біль у правому і лівому підребер'ях.
3. Оперізувальний.
4. Біль у правій і лівій здухвинних ділянках.
5. Різкий біль із напруженням передньої черевної стінки.
6. Постійний.
7. Переймоподібний.

3.11. Печінкова коліка.

3.12. Гостра кровотеча.

1. Шлункова.
2. Кишкова.

3.13. Порушення апетиту.

1. Відсутність апетиту.
2. Зниження апетиту.
3. Підвищення апетиту.
4. Страх перед вживанням їжі.
5. Порушення смаку.
6. Жовтяниця.
7. **Система сечовиділення.**
8. Біль у поперековій ділянці.
9. Ниркова коліка.
10. Набряки.
11. Зміни сечовиділення.

4.4.1. Зменшення добового діурезу (олігурія).

4.4.2. Припинення сечовиділення (анурія).

4.4.3. Збільшення сечовиділення (поліурія).

4.5. Зміни моделі сечовипускання.

4.5.1. Позірні позиви на сечовипускання.

4.5.2. Гостра затримка сечовиділення

1. Ніктурія.
2. Болісне сечовипускання (дизуричний синдром).
3. Зміни кольору і прозорості сечі.
4. Диспепсичний синдром, пов'язаний з уремічною інтоксикацією.
5. Ниркова еклампсія.
6. **Ендокринна система.**
7. Спрага.
8. Ожиріння.
9. Виснаження.
10. Порушення росту.
11. Карликовість.
12. Гігантизм.
13. Порушення ковтання.
14. Пошкодження волосяного покриву.
15. Зміна кольору шкіри.
16. Витрішкуватість.

**5. Опорно-рухова система.**

1. Біль у суглобах.
2. Припухлість суглобів.
3. Деформація суглобів.
4. Обмеження рухів у суглобах.
5. Біль у кінцівках.
6. Переміжна кульгавість.

**6.Нервова система, психічна діяльність.**

1. Головний біль.
2. Запаморочення.

7.3.1. Порушення сну.

1. Безсоння.
2. Порушення формули сну.
3. Сонливість.

7.4.Тремор.

1. Порушення розумового процесу.
2. 1. Занепокоєння.
3. Тривога.
4. Страх.
5. Плаксивість.
6. Подразливість.

7.6. Зміна розумового процесу.

1. Корчі.
2. Парестезії
3. Порушення свідомості.
4. 7.9.1. Ступор.
5. Сопор.
6. Кома.
7. Психомоторне збудження.
8. Маячення.
9. Депресивний стан.
10. Маніакальний стан.
11. Аутизм.
12. Напад істеричних проявів.
13. Патологічна реакція горя.
14. Високий ризик насилля, спрямованого на інших осіб.
15. Високий ризик спрямованого на себе насилля.
16. Високий ризик травмування.
17. Статус конвульсійних нападів.
18. Відмова (або неможливість) вживати їжу.
19. Відмова від приймання ліків.

**7. Органи чуття.**

1. Шум у вухах.
2. Зниження слуху.
3. Порушення зору.
4. Втрата зору (сліпота).
5. Закладення вух.
6. Біль у вусі.
7. Гноєтеча з вуха.
8. Закладення носа.
9. Виділення з носа.
10. Носова кровотеча.
11. Зниження зору.
12. Біль в оці, свербіння.
13. Виділення з ока.
14. Диплопія (двоїння в очах).
15. Фотофобія (світлобоязнь).
16. Сльозотеча.

**8. Репродуктивна сфера.**

1. Вагітність.
2. Ранній гестоз (блювання вагітних, слинотеча).
3. Пізній гестоз вагітних.
4. Загроза переривання вагітності.
5. Пологи (І, II, НІ періоди пологів).
6. Кровотечі в післяпологовий період.
7. Біль у молочній залозі.
8. Набряк молочної залози.
9. Гнійні виділення з піхви.
10. Нагноєння епізіотомної рани.
11. Нагноєння післяопераційної рани.

9.12.Тріщини сосків.

9.13. Випадання статевих органів.

9.14. Маткова кровотеча.

**9. Загальні реакції організму.**

1. Гіпертермія.
2. Гіпотермія.
3. Пітливість.
4. Мерзлякуватість.
5. Загальна слабість.
6. Перевтома.

10.7. Зниження працездатності.

10.7.1. Втрата працездатності.

1. Зміни шкіри і слизових оболонок.
2. Висока ймовірність пролежнів.
3. Пролежні.
4. Зміни слизових оболонок рота.
5. Післяопераційна рана.
6. Травматичні ушкодження.

**10.Зміни соціальної адаптації.**

1. Соціальна ізоляція.
2. Порушення соціальної взаємодії.
3. Порушення вербального спілкування.
4. Зміна рольової діяльності.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань***

План догляду координує роботу сестринської бригади, сестринський догляд, забезпечує його наступність, допомагає підтримувати зв'язок з іншими спеціалістами і службами. Письмовий план догляду за пацієнтом зменшує ризик некомпетентного догляду. Це не тільки юридичний доку­мент якості сестринської допомоги, але і документ, який дозволяє визна­чити економічні витрати, оскільки в ньому вказуються матеріали й обла­днання, необхідні для виконання сестринського догляду. План обов'язково передбачає участь пацієнта і його сім'ї в процесі догляду.

Необхідна постановка мети сестринського догляду.

***Існу­ють дві мети***: короткотермінова і довготермінова. **Короткотермінова**- це мета, яка повинна бути досягнена за короткий період часу, звичай­но за 1-2 тижні. Вона ставиться, як правило, у гострій фазі захворю­вання. Це мета термінового сестринського догляду.

**Довготермінова** - це мета, яка досягається за більш тривалий пе­ріод часу (понад два тижні). Вона звичайно спрямована на попереджен­ня рецидивів захворювань, ускладнень, їх профілактику, реабілітацію і соціальну адаптацію, здобуття знань про здоров'я. Виконання цієї мети найчастіше припадає на період після виписки пацієнта.

Під час формулювання мети необхідно враховувати: дію (виконан­ня), критерій (дата, час, відстань, очікуваний результат) і умови (за допомогою чого або кого). Наприклад: медична сестра повинна навчити пацієнта протягом двох днів робити самому собі ін'єкції інсуліну. Дія - робити ін'єкції; тимчасовий критерій - протягом двох днів; умова - за допомогою медсестри. Для успішного виконання мети необхідно навчи­ти пацієнта і створити сприятливе середовище для її досягнення.

Впорядкування плану догляду передбачає наявність стандартів сес­тринської практики, тобто виконання того мінімального якісного рівня обслуговування, який забезпечує професійний догляд за пацієнтом. Після визначення мети і завдань з догляду медична сестра складає *власне план догляду за пацієнтом* - письмове керівництво з догляду. План догляду за пацієнтом являє собою докладне перерахування спеці­альних дій медичної сестри, необхідних для проведення сестринського догляду, що записується в сестринську історію хвороби.

***Основні правила написання сестринських втручань.***

Необхідно написати блок сестринських втручань для досягнення кожного результату. Для найбільшої ефективності вони повинні бути написані максимально стисло і зрозуміло.

1.Сестринські втручання повинні фіксуватися датою і підписом.

Після всіх сестринських втручань має стояти дата, щоб можна було визначити час їхнього здійснення. Сестринські втручання повинні бути підписані, щоб відобразити особисту відповідальність медсестри перед пацієнтом і перед законом.

***Ознайомлення з планом догляду.***

*Пацієнта.*

Як і у випадку з первинною оцінкою, наш спосіб планованого догля­ду повинен давати можливість пацієнту брати участь у вирішенні пи­тань догляду за ним. Якщо пацієнт не в змозі брати участь у цьому процесі, зі складеним вами планом можна ознайомити його і його сім'ю.

*Інших членів бригади.*

Всі працівники, приче­тні до його виконання, повинні ознайомитись з ним

Складений у письмовому вигляді план догляду є робочим інструмен­том для сестер та інших членів медико-санітарної бригади. Оскільки потреби людини змінюються, даний план теж повинен легко піддавати­ся зміні, перегляду і доповненню.

Запис про сестринське втручання необхідно робити у вигляді чіт­ких і стислих тез. Таким чином, третій етап медсестринського процесу забезпечує пла­нування дій медичної сестри, направлених на забезпечення потреб па­цієнта.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду.***

Його ***метою***є проведення необхідного догляду за потерпілим, тобто надання допомоги пацієнту у забезпеченні життєвих потреб; навчання і консультування, при необхідності, пацієнта і членів його сім'ї.

Існують такі різновиди сестринських втручань: **незалежні, залежні, взаємозалежні.**

**Незалежне** сестринське втручання передбачає дії, здійснювані ме­дичною сестрою за власною ініціативою, яка керується власним розу­мінням, без прямої вимоги з боку лікаря або вказівок від інших спеціа­лістів. Наприклад: навчання пацієнта навичок само-догляду, розслаблю­ючий масаж, поради пацієнту щодо здорового способу життя, організація дозвілля пацієнта, навчання членів сім'ї методів догляду за хворим тощо.

**Залежне**сестринське втручання виконується на підставі письмо­вих розпоряджень лікаря і під його контролем. Наприклад: підготовка пацієнта до діагностичного обстеження, виконання ін'єкцій, фізіотерапевтичних процедур тощо.

**Взаємозалежне**сестринське втручання передбачає спільну діяль­ність медичної сестри з лікарем та іншими спеціалістами (фізіотерапев­том, дієтологом, інструктором з лікувальної фізкультури, працівника­ми соціальної допомоги).

***Потреба пацієнта*** в допомозі може бути тимчасовою, постійною і реабілітуючою.

**Тимчасова допомога** розрахована на короткий період часу, коли іс­нує дефіцит самодогляду. Наприклад, при вивихах, дрібних хірургіч­них втручаннях і т.п. **Постійна допомога** потрібна пацієнту протягом усього життя - при ампутації кінцівок, при ускладнених травмах хребта і кі­сток таза і т.п. **Реабілітуюча допомога**- процес тривалий, його прикла­дом може бути лікувальна фізкультура, масаж, дихальна гімнастика, бесіда з пацієнтом.

Серед заходів щодо догляду за пацієнтами велике значення має бесіда з пацієнтом і порада, яку може дати медична сестра в необхідній ситуації.

Проводячи четвертий етап сестринського процесу, медична сестра забезпечує здійснення **двох стратегічних напрямків:**

- спостереження і контроль за реакцією пацієнта на призначення лікаря­  
з фіксацією отриманих результатів у сестринській історії хвороби;

- спостереження і контроль за реакцією пацієнта на виконання се­стринських дій з догляду, пов'язаних із постановкою сестринсь­кого діагнозу, і реєстрація отриманих результатів у сестринській історії хвороби.

Виконання наміченого пла­ну дій дисциплінує і медичну сестру, і пацієнта. Нерідко медична сест­ра працює в умовах дефіциту часу, який пов'язаний з неукомплектованістю сестринського персоналу, великою кількістю пацієнтів у відділен­ні тощо. У цих умовах медична сестра повинна визначити:

- що повинно бути виконане негайно;

- що повинно виконуватися згідно з наміченим планом;

- що може бути зроблено, якщо залишиться час;

- що можна і потрібно передати наступній зміні.

***Здійснення плану сестринських втручань.***

Здійснення - це реалізація сестринського плану дій для досягнен­ня конкретних результатів. Фаза здійснення починається після розроб­ки плану догляду. Незалежно від установи охорони здоров'я, в якій працює медсестра, для забезпечення догляду за пацієнтом використовується сестринський процес. Існує три стадії здійснення сестринського процесу:

1. підготовка; 2) втручання; 3) занесення в документацію.  
   ***Стадія 1. Підготовка.***

Перша стадія фази здійснення полягає в підготовці медсестри до початку втручання. Цій підготовці передує серія дій:

1. Перегляд сестринських втручань, встановлених під час етапу плану­вання.
2. Аналіз необхідних сестринських знань, і навичок.
3. Визначення можливих труднощів, пов'язаних з конкретними сестринськими діями.

4. Визначення і забезпечення необхідними ресурсами.

5. Підготовка обладнання, необхідного для запланованих видів діяльно­сті.

*Перегляд необхідних сестринських втручань.*

При підготовці до здійснення сестринсь­ких втручань медсестра повинна їх переглянути для того, щоб переко­натися, що вони всі ще актуальні і містять необхідні характеристики.

*Аналіз знань і навиків, які вимагаються.*

Після перегляду втручання в плані догляду медсестра повинна ви­значити рівень знань і вид навиків, які необхідна для здійснення втручання. Це дозволяє медсестрі визначити людину, яка зможе найбільш кваліфіковано виконати дії, які вимагаються.

*Визначення можливих ускладнень.*

Початок деяких сестринських процедур може містити потенційний ризик для пацієнта. Медсестрі необхідно знати всі можливі ускладнен­ня, пов'язані з її діяльністю.

*Забезпечення необхідних ресурсів.*

При підготовці до початку сестринських втручань потрібно уточни­ти наявність певних ресурсів, а саме: часу, персоналу і обладнання.

*Час.*

Існує безліч факторів часу, які можуть вплинути на здатність мед­сестри здійснити план. Насамперед медсестра повинна ретельно вибра­ти відповідний час для початку втручання.

*Персонал.*

Медсестра повинна оцінити, яка кількість персоналу повинна брати участь у здійсненні втручання.

*Обладнання.*

При підготовці сестринського втручання потрібно також враховува­ти своєчасне визначення і доступність необхідного обладнання. Це дозволяє заздалегідь передбачати, яке обладнання знадо­биться в процесі роботи.

*Підготовка необхідного середовища.*

Успішне здійснення сестринських втручань вимагає середовища, в якому пацієнт почуває себе комфортабельно і безпечно.

*Комфорт.*

При створенні комфортабельного середовища необхідно враховува­ти як фізичні, так і психологічні компоненти. Фізичні компоненти ство­рюються безпосереднім оточенням (наприклад, кімната і простір, уса­мітнення, шум. запах, освітлення, температура).

Медсестра повинна також враховувати психологічні мотиви, готую­чись до здійснення сестринських дій. Часто це вимагає навичок між-особового спілкування для створення середовища, в якому пацієнт почував би себе комфортабельно, висловлюючи свої потреби, страхи, почуття, неспокій і розпач.

*Безпека.*

Медсестрі потрібно враховувати безліч факторів, якщо вона хоче створити безпечне середовище, а саме: - вік пацієнта; - ступінь рухливості; - сенсорний брак; - рівень свідомості.

*Вік.*

При аналізі віку, відомо, наймолодші і найстарші зазнають найбіль­шого ризику одержання пошкоджень. Однак будь-яке незнайоме сере­довище може бути небезпечним для пацієнта. Отже, медсестра, готуючись робити процедури, по­винна переконатися в безпеці.

*Ступінь рухливості.*

На ступінь рухомої активності пацієнта впливає захворювання або травма, зовні­шні обмежувачі, такі, як шина, а також необхідність збереження рівноваги.

*Сенсорна недостатність.*

Пацієнти зі зниженим візуальним, слуховим, нюховим, смаковим або тактильним сприйняттям піддаються ризику одержання пошкоджень. Медсестра повинна адаптувати навколишнє середовище, щоб забезпе­чити безпеку пацієнта.

*Рівень свідомості (орієнтації).*

Пацієнти зі зниженим рівнем свідомості або з порушенням орієнта­ції часто потребують підвищеної уваги або втручання для створення безпеки.

***Стадія 2. Втручання.***

Основною частиною цієї стадії є початок здійснення сестринських втру­чань, розроблених для задоволення фізичних і емоційних потреб людини.

***Стадія****3.****Документація.***

Здійснення сестринських втручань повинно завершуватися стислим, повним і точним занесенням у документацію подій, які відбулись в цій стадії сестринського процесу.

***Участь пацієнта.***

Люди позитивно реагують на їх активне залучення до процесу догляду і прийняття рі­шень. Залучення сім'ї до процесу надання допомоги не тільки дозволяє відчути причетність, але і може стати підготовкою до надання постій­ного догляду, якщо виникне необхідність, після виписки з лікарні або іншої установи охорони здоров'я.

***Координація й інтеграція догляду.***

Необхідність координації усіх видів діяльності, здійснюваної в рам­ках медико-санітарного обслуговування для розробки інтегрованого плану допомоги, є важливим аспектом планування. Якість сестринського до­гляду піддається перевірці, коли ми намагаємося здійснити його. Вимога надання запланованої і персоналізованої допомоги ефективно і скоорди­новано є важливим фактором розвитку різноманітних підходів до орга­нізації сестринської справи, таких, як розвиток систем розподілу хво­рих, сестринських бригад і первинної сестринської допомоги як альтер­натива традиційній системі розподілу доручень.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання***

Метою цього етапу є оцінка реакції пацієнта на сестринський до­гляд, аналіз якості одержаної допомоги, оцінка отриманих результатів і підведення підсумків. Оцінка ефективності і якості догляду повинна про­водитися старшою іголовною медичними сестрами.

Підсумкова оцінка плану догляду складається з чотирьох взаємоза­лежних складових:

1. Оцінка ходу роботи і її результатів в світлі бажаних результатів догляду.­
2. Визначення ефективності планованого сестринського догляду.

Подальша оцінка і планування у випадку невдачі в досягненні бажаного результату.

3.Критичний аналіз ходу роботи і внесення необхідної корекції.

**П'ятий етап здійснюється для того, щоб проаналізувати наступне:**

1. Успішне просування пацієнта до запланованої мети і навпаки.
2. Досягнення бажаних результатів і навпаки.
3. Необхідність додаткової допомоги.
4. Будь-які несподівані результати або незадоволені потреби, які були упущені при оцінці.

***Оцінка досягнутих результатів і прогресу в стані пацієнта.***

Підсумкова оцінка повинна продемонструвати реакцію пацієнта на сестринський догляд і засвідчити успіх чи його відсутність.

Тому в плані догляду робиться запис про цю проблему і бажані резуль­тати її вирішення, записуються плановані види втручання, проведена робота й оцінка одержаної до цього моменту інформації.

***Додаткові методи обстеження: лабораторні та інструментальні***

**Інструментальні методи обстеження пацієнта.**

До інструментальних методів обстеження належать апаратні методи, для застосування яких використовують різні прибори.

1.**Рентгенологічні методи**:

***Рентгеноскопічний метод***-дає змогу візуалізувати на екрані зображення різних внутрішніх органів або порожнин в процесі функціонування.

***Рентгенографічний метод***- фотографування досліджуваного об`єкта за допомогою рентгенівського випромінювання.

***Томографія***-отримання рентгенівського зображення на визначеній глибині.

***Флюорографія***-метод отримання рентгенівських знімків невеликих розмірів великої контрастності.

***Контрастне рентгенографічне* *дослідження***- досліджують за допомогою даного методу порожнинні органи (бронхи, шлунок, жовчний міхур, ниркові миски тощо), які заповнюють контрастною речовиною.

***Комп’ютерна томографія***-без застосування контрастних речовин виявляє мінімальні зміни в органах та тканинах.

Для дослідження бронхіалього дерева використовують бронхографічне дослідження (виявляє пухлини, бронхоектази та порожнини в легенях). Після дослідження пацієнти потребують особливого догляду. Медична сестра забезпечує пацієнта плювальницею, стежить за динамікою кашлю та задишки, вимірює Т тіла.

Для визначення стану великих судин використовують агіографічне дослідження. Після цієї маніпуляції пацієнт потребує ретельного медичного догляду, тому що можуть виникати біль у серці, порушення серцевого ритму, зниження рівня АТ.

**2*.*Ультразвукова діагностика** .

Суть методу - ультразвукові хвилі поширюються до внутрішніх органів, а відображені від меж органів сигнали реєструються спеціальним датчиком, унаслідок чого на екрані формується зображення (серце, великі судини, жовчовивідні шляхи, печінку, підшлункову залозу, нирки, щитоподібну залозу). Спеціальної підготовки для дослідження серця не потрібно. Перед проведенням УЗД органів черевної порожнини призначають 2-3- денну дієту для зменшення газоутворення. Так досліджують ще нервову систему (нейросонографія), органи малого тазу, нирки, суглоби, м’язи.

**3. Радіоізотопні методи*.***

В організм пацієнта вводять радіоактивні ізотопи, які вибірково накопичуються в тому чи іншому органі. Використовують спеціальний прилад - сканер. Досліджують: печінку, нирки, підшлункову та щитоподібну залози, селезінку.

**4.Ендоскопічні методи.**

Досліджують внутрішню поверхню порожнистих органів за допомогою гнучких волокнистих оптичних приладів - ендоскопів. Досліджують трахею і бронхи (бронхоскопія); стравохід, шлунок, 12-палу кишку (фіброезофагогаст родуоденоскопія); товсту кишку (колоноскопія); пряму кишку (ректороманоскопія); сечовий міхур (цистоскопія). Під час дослідження можливе проведення біопсії, зупинки кровотечі. Проведення ендоскопічних методів потребує спеціальної підготовки. Бронхоскопічне та фіброезофагогастродуоденоскопічне дослідження виконують натще. Колоноскопічне і ректороманоскопічне дослідження проводять після очищення кишківника.

**5. Електрокардіографічний метод.**

Метод заснований на реєстрації електричних потенціалів, які виникають під час роботи серця. Запис реєструється у вигляді ЕКГ. Проведення ЕКГ дослідження не потребує спеціальної підготовки, але є умови для самого процесу обстеження – тепле приміщення, фізичний спокій пацієнта, відсутність контакту шкіри пацієнта з металевими поверхнями.

**6.** **Спірометричний метод.**

Це визначення дихального об’єму легень. Визначають життєву ємкість легень (ЖЄЛ) - спірометром. У ***нормі в чоловіків***-3500-4500 см3***, у* *жінок***- 2500-3500 см3.

**7.** **Спірографічний метод*.***

Це метод графічної реєстрації змін об’єму легень під час дихання. Метод проводять вранці або за 2 год. після вживання їжі в положенні сидячи після 20-хв. відпочинку.

**8*.*Пікфлоуметричний метод.**

Визначають максимальну об’ємну швидкість току повітря з дихальних шляхів під час форсованого видиху, що дає змогу оцінити бронхіальну прохідність. Вранці та ввечорі – варіабельність. З фармакологічним навантаженням.

**9.Пневмотахометричний метод.**

Це визначення пікових швидкостей повітряного току під час форсованого вдиху і видиху. Визначають стан бронхіальної прохідності.

**Лабораторні методи дослідження.**

**Лабораторні методи дослідження** є невід`ємною частиною комплексного обстеження пацієнта. Вони мають важливе, інколи вирішальне значення для постановки діагнозу. У разі надання невідкладної медичної допомоги, лабораторні дослідження необхідно проводити терміново. Оскільки від їх результатів залежить тактика лікування пацієнта. Медична сестра повинна підготувати пацієнта до забору матеріалу для лабораторного дослідження і оцінити результати дослідження.

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

* ***для забезпечення дослідження збирають достатню кількість матеріалу;***
* ***матеріал повинен відповідати локалізації процесу (наприклад, харкотиння, але не слина);***
* ***при заборі матеріалу використовують стерильні інструменти та посуд і суворо дотримуються правил асептики;***
* ***при необхідності, зберігати в холодильнику без заморожування;***
* ***зібраний матеріал доставляють у лабораторію і досліджують у максимально короткі терміни;***
* ***матеріал для дослідження беруть натще, до початку лікування пацієнта протимікробними препаратами;***
* ***на ємкість наклеюють етикетку, на якій записують прізвище, ім`я і по батькові пацієнта, дату, номер палати та коротко діагноз.***

**Загльний аналіз крові.**

Дослідження крові проводять з метою кількісного та якісного вивчення формених елементів крові (еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів), визначення вмісту гемоглобіну та швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ). Таке дослідження називається загальним аналізом крові. Кров для дослідження треба брати в один і той же час за однакових умов. Кров для аналізу беруть з 3 або 4 пальця лівої руки. Кожного разу кров для дослідження беруть з нової краплі, попередньо знімаючи залишок крові ватою, змоченою в ефірі. Спочатку роблять мазки крові.

**ШОЕ**визначають в апараті Панченко, який являє собою штатив з градуйованими капілярними піпетками. ***Норма ШОЕ***для чоловіків становить 2-10 мм/год., для жінок - 2-15 мм/год. Під час багатьох захворювань ШОЕ збільшується. ***Збільшення***ШОЕ спостерігається під час розвитку запальних процесів, інфекційної і неінфекційної природи (нирковихзахворювань, ревматизму, туберкульозу, інфаркту міокарда, злоякісних пухлин. ***Зниження***ШОЕ відзначається у пацієнтів з захворюваннями, які супроводжуються згущенням крові (поліцитемія, харчовітоксикоінфекції, холера).

Кількість **Hb**визначають колориметрично в гемометрі Салі. ***Норма вмісту Hb*** у чоловіків становить 130-160 г/л ( 13-16 %), у жінок - 120-140 г/л (12-14 %). Кількість Hb значно ***зменшується***у пацієнтів на анемію та інші захворювання крові, а також у пацієнтів із злоякісними пухлинами.

Підрахунок кількості **еритроцитів** та **лейкоцитів** проводиться за допомогою камери Горяєва. ***Кількість еритроцитів*** в 1 л крові в нормі становить - у чоловіків 4,5-5,0∙1012, а у жінок - 3,7-4,7∙1012***. Зменшення*** кількості еритроцитів свідчить про анемію.

Кількість**лейкоцитів** в норміколивається в межах 4-9∙109у 1 л.. Якщо кількість лейкоцитів перевищує норму, то це називається лейкоцитоз. Зменшення кількості лейкоцитів - лейкопенія. ***Лейкоцитоз*** спостерігається у пацієнтів на захворювання кровотворних органів (лейкоз, лімфогранульоматоз). А також виникає під час гнійних захворювань (абсцеси органів і тканин, холангіт), пневмоній, інфаркті міокарда***. Лейкопенія***відзначається у пацієнтів на анемію, цироз печінки, променеву хворобу, вірусний гепатит, грип, бруцельоз, черевний тиф.

Розрізняють **види лейкоцитів**: **гранулоцити і агранулоцити.** ***До гранулоцитів***належать **нейтрофільний** (50-70 %), **еозинофільний** (0,5-5%) і **базофільний** (0-1%) гранулоцити (***в нормі***). ***Нейтрофільні*** ***гранулоцити:*** **паличкоядерні** (1-6 %) і **сегментоядерні** (47-72 %) – ***в нормі***. Під час інфекції та інтоксикації їх кількість збільшується. З`являються юні нейтрофіли. Навіть мієлоцити, збільшується кількість паличкоядерних нейтрофілів. Таке омолодження нейтрофільних гранулоцитів називають «зсувом уліво». Кількість ***еозинофілів збільшується***у крові пацієнта - гельмінтоз, скарлатина, лімфогранульоматоз. Кількість ***еозинофілів зменшується*** у крові пацієнта - міліарний туберкульоз, черевний тиф.

Кількість базофілів збільшується під час мієлоїдного лейкозу.

**До агранулоцитів**належать - **лімфоцити***(*19 - 37 %) та **моноцити**(3- 11 %). Кількість ***лімфоцитів збільшується*** у пацієнтів на туберкульоз, лімфолейкозі, рикетсіозі. Кількість ***лімфоцитів*** ***зменшується***під час перебігу кінцевих стадій лімфогранульоматозу, лімфосаркоматозу.

**Моноцитоз** спостерігається при малярії, туберкульозу, **моноцитопенія**- при сепсисі, черевному тифі.

**Тромбоцити** (кров`яні пластинки) походять із гігантськихклітин кісткового мозку - мегакаріоцитів. Кількість ***тромбоцитів*** ***в нормі*** становить (180-350)∙109в 1 л. ***Збільшення***кількості тромбоцитів – при кровотечах, операціях, злоякісних пухлинах. Кількість тромбоцитів ***зменшується***- при лейкозах, інфекційних хворобах, хворобі Верльгофа.

Підрахунок **кольорового показника**проводять на основі співвідношення між кількістю гемоглобіну й еритроцитів. В нормі КП становить - 0,85-1,05. Збільшення його свідчить про гіперхромну анемію, а зменшення - про гіпохромну.

**Гематокрит*:*** у чол. - 0,40-0,48 об%; жін.- 0,36-0,42об%.

**Біохімічні дослідження крові**

Звичайний біохімічний аналіз крові (альбумін, глобулін, загальний білок, холестерин, білірубін, С-рективний білок)

Печінкові проби (Білірубін - 8,6-20,5 мкмол/л., АЛаТ, АСаТ, лужна фосфатаза, тимолова проба, альбумін),

Ниркові проби (креатинін, сечовина, сечова кислота)

Іонограма (іони Na, K, Ca, P, Fe, Cu)

Ревмопроби (антистрептолізін-О, ревматоїднй фактор, С-реактивний білок)

Окремо досліджується холестерин.

**Дослідження сечі.**

Дослідження сечі має велике значення для діагностики захворювань нирок, серцево-судинної системи та інших органів та систем. На основі результатів дослідження сечі можна оцінити перебіг захворювання та ефективність лікування. Склад сечі залежить від кількості випитої рідини, характеру їжі, фізичного напруження, клімату.

Успіх дослідження залежить від правильного збирання і зберігання сечі. Для загального клінічного аналізу першу ранкову порцію сечі збирають в чистий посуд (це проводе медсестра нічної зміни). Для аналізу треба взяти 200-300 мл сечі. У жінок у менструальний період аналіз сечі не проводять, оскільки існує небезпека домішування менструальної крові. У разі затримки сечі її беруть за допомогою катетерів.

Сечу треба зберігати на холоді, але не допускати заморожування. Відправляють сечу в лабораторію не пізніше як через 30-60 хв. після взяття. Іноді у разі потреби тривалого зберігання сечі до неї додають консерванти, про що роблять відповідний запис на етикетці. Посуд для збору повинен бути сухий і чистий. На нього наклеюють етикетку. Де записують прізвище, ім`я та по батькові пацієнта, назву відділення, номер палати.

**Під час дослідження сечі визначають її фізичні властивості та** **хімічний і мікроскопічний склад осаду*. Фізичні властивості****:*кількість , колір, прозорість, реакція, питома вага сечі. ***Хімічні дослідження:*** у сечі можна виявити - білок, цукор, уробілін, ацетон, солі, ферменти, гормони тощо. ***Мікроскопічне дослідження сечового******осад:***вивчають форменні елементи, циліндри, солі.

Визначають **добове виділення цукру з сечею** (збирають сечу протягом доби в одну посудину, а перед відправленням в лабораторію добову сечу перемішують і відливають в окрему посудину.

**Дослідження сечі на діастазу** - свіжо випущена, в кількості 5-10 мл.

**Бактеріологічне дослідження сечі**- 10 мл сечі зібраної в стерильну пробірку.

**Дослідження сечі за методами***(*для визначення формених елементів):

* ***Каковського-Аддіса***- сечу збирають за 10 нічних годин***. В нормі*** у сечі: еритроцитів - 1∙106, лейкоцитів - 2∙106, циліндрів - 2∙104.
* ***Нечипоренка***- середня порція сечі*.****В нормі*** у сечі : лейкоцитів - 0-4∙103, еритроцитів - 0-1∙103, циліндрів - 0-250.
* ***Амбурже****-* зранку нічну сечу виливають і через 3 години після цього збирають сечу. Визначають кількість лейкоцитів, еритроцитів, циліндрів в об’єму сечі, виділеної за 1 хв.***В нормі***усечі: лейкоцитів - 25000, еритроцитів -10000.

**Визначення функціональної здатності нирок**-за допомогою ***проби Зимницького***- сечу збирають протягом 24 год. У 8 слоїків кожні 3 години починаючи з 6 ранку.

**Дослідження харкотиння.**

У лабораторії проводять ***макроскопічне, мікроскопічне та*** ***бактеріологічне дослідження***харкотиння. Для збирання харкотиння користуються плювальницями або спеціальними баночками з прозорого скла з накривкою, що накручується. Збирають харкотиння для ***загального клінічного дослідження*** зранку, натще, почистивши зуби прополоскавши рот водою. Беруть в кількості 3-5 мл. свіжого харкотиння. Для ***бактеріологічного і макроскопічного*** дослідження беруть харкотиння, зібране за 1 добу. Для бактеріологічного ***дослідження на туберкульоз*** методом флотації використовують харкотиння, зібране за 3 доби. Для посіву харкотиння, а також для дослідження його ***на чутливість доантибіотиків***беруть стерильний флакон з корком. Пацієнт попередньо почистивши зуби і прополоскавши рот відхаркує харкотиння у флакон і закриває його корком.

Нерідко харкотиння являє собою заразний матеріал, тому працювати з ним потрібно обережно. Посуд, у якому міститься харкотиння обробляється дезинфікуючим розчином.

**Дослідження шлункового вмісту.**

Шлунковий вміст досліджують з метою вивчення секреторної функції шлунка й визначення патологічних елементів. Шлунковий вміст беруть за допомогою тонкого зонда (фракційний метод). Дослідження проводять ранком натще. Для цього використовують парентеральний подразник - 0,1 % розчин гістаміну з розрахунку 0,08 мг на 10 кг маси тіла пацієнта, або 0,025 % розчин пентагастрину.

У тих випадках, коли не вдається провести зондування шлунка, застосовують без зондові методи визначення кислототворної функції шлунка.

**Дослідження дуоденального вмісту.**

Вміст 12-палої кишки досліджують з метою вивчення складу жовчі, щоб виявити зміни в жовчних шляхах і жовчному міхурі, а також оцінити роботу підшлункової залози. Дуоденальне зондування застосовують при захворюваннях печінки, жовчного міхура, жовчних протоків. ***Зондування* *проводять з діагностичною*** (отримання жовчі для виявлення елементів запалення, піску, паразитів тощо) та ***лікувальною***(евакуація жовчі, запобігання та ліквідація її застою) ***метою****.* Дослідження проводять натще.

**Дослідження калу.**

Аналіз калу - важлива складова частина обстеження пацієнта з захворюванням органів травлення. Дослідження калу можна проводити з метою визначення ***прихованої крові, яєць гельмінтів*** тощо. Загальний клінічний аналіз дає змогу оцінити ступінь засвоєння їжі, виявити жовчовиділення, приховану кровотечу, запальні зміни, присутність паразитів тощо.

Кал збирають у сухий чистий посуд і досліджують якомога швидше, не пізніше ніж через 8-12 год. після його виділення і зберігання на холоді. Найпростіших шукають у свіжому, ще теплому калі.

***Макроскопічно***визначають колір, щільність, форму, запах і домішки. При ***мікроскопічному***дослідженні калу виявляють м`язові волокна, рослинну клітковину, нейтральний жир, жирні кислоти, еритроцити, слиз, кишковий епітелій, яйця гельмінтів. ***Бактеріологічне***дослідження калу.

**Участь медичної сестри в підготовці пацієнта до додаткових методів обстеження**полягає в поясненні пацієнту мети та процесу даного обстеження, навчанні пацієнта та його рідних правильній підготовці до обстеження, якщо є така необхідність, сповіщає пацієнту конкретний чи можливий (на вибір) час обстеження, при необхідності, умови для обстеження (натще, взяти воду, сметану, медикаменти тощо). В противному випадку результати будуть недостовірними.

**При проведені додаткового обстеження участь медичної сестри**полягає в ретельній перевірці виконання пацієнтом тих умов, які необхідні для даного обстеження. Якщо пацієнта можна обстежувати роль медичної сестри залежить від конкретного процесу. Але завжди медична сестра, незалежно від присутності лікаря, повинна контролювати стан пацієнта, документувати факт обстеження, документувати результати обстеження, здійснювати передачу результатів обстеження за місцем призначення (пацієнт, відділення, кабінет, конкретний лікар) завчасно обговореним способом (особисто, кур’єром, поштою, в шафу-розкладку). Інформація про факт обстеження та його результат є власністю пацієнта та є медичною таємницею.

Значення додаткових методів дослідження для з’ясування клінічного діагнозу та динаміки перебігу хвороби дуже велике, бо вони розкривають та доповнюють інформацію про стан здоров’я пацієнта на момент обстеження, є джерелом об’єктивної інформації про фізіологію та анатомію, та ще записаної на стабільних носіях (папір, рентгенівська плівка, електронні носії тощо).

**Медсестринський процес при захворюваннях органів дихання**

***До основних клінічних проявів, характерних для захворювання органів дихання, належать:***

* **кашель;**
* **кровохаркання;**
* **легенева кровотеча;**
* **біль у грудній клітці;**
* **задишка;**
* **ядуха;**
* **синдром дихальної недостатності;**
* **синдром легеневої артеріальної гіпертензії.**

***Кашель***- один з найчастіших симптомів захворювання органів дихан­ня. Це рефлекторний процес видалення вмісту дихальних шляхів - слизу, мокротиння, крові, сторонніх тіл. Кашель виникає внаслідок запального, механічного, хімічного та термічного подразнень кашльових рецепторів, які розташовані в глотці, середньому вусі, гортані, трахеї, бронхах, на листках плеври. Якщо кашель не супроводжується виділенням мокротиння, то його називають ***сухим.*** При на­явності мокротиння кашель називають ***вологим.*** Мокротиння може бути слизовим, серозним, гнійним, геморагічним, серозно-гнійним, пінистим.

***Кровохарканням***називається поява крові в мокротинні. Кровохаркан­ня може виникати при туберкульозі легень, бронхоектатичній хворобі, аб­сцесі, раку легень, тромбоемболії легеневої артерії, пневмонії, бронхіті.

При **легеневій кровотечі** під час кашлю виділяється змішана з мокротин­ням кров, або без мокротиння, яка має світло-червоне забарвлення, піниста, рН - лужна. При цьому може спостерігатися ядуха, клекіт за грудниною. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу починається рапто­во і, як правило, має профузний характер (в анамнезі часто цироз печінки). Шлункова кровотеча виявляється блюванням, темною кров'ю з домішка­ми шлункового соку, їжі, згустків, кров не піниться, рН - кисла, відсутній кашель (в анамнезі - захворювання шлунка).

***Біль у грудній клітці***може бути спричинений патологічними процеса­ми у власне грудній клітці (міжреброва невралгія, запалення міжребрових нервів, м'язів, періостити, остеомієліти, переломи ребер, груднини), в орга­нах дихання (при ураженні плеври, оскільки бронхи та легенева тканина не мають чутливих нервів), у серці та аорті(перикардит, стенокардія, інфаркт міокарда). Крім цього, біль у грудну клітку може іррадіювати з хребта (остеохондроз), органів черевної порожнини (гострий холецистит). Надзвичайно важливо з'ясувати причину болю (захворювання органів ди­хання чи інші явища).

Під ***задишкою***розуміють зміну частоти, глибини, ритму дихання, по­рушення співвідношення між фазами вдиху і видиху, що супроводиться суб'єктивним відчуттям нестачі повітря. Залежно від того, яка фаза ди­хання змінена, розрізняють три типи задишки: ***інспіраторну***(утруднений вдих), **експіраторну**(утруднений видих) і **змішану**(утруднені обидві фази дихання). Інспіраторна задишка спостерігається при виникненні перешкод для повітря у верхніх дихальних шляхах (стенозуючий ларинготрахеїт, пухлина трахеї або гортані, потрапляння сторонніх тіл до верхніх дихальних шляхів). При сильному звуженні трахеї вдих супроводжується шумом - це стридорозне дихання. Експіраторна задишка спостерігається при бронхіальній астмі, бронхообструктивному синдромі, коли виходу повітря з легень перешкоджає спазм бронхів малого та середнього калібру, їх обструкція. Досить часто спостерігається задишка змішаного типу. Наприклад, при емфіземі легень вдих утруднений, оскільки грудна клітка і без цього перебуває в стані максимального вдиху; видих теж утруднений внаслідок втрати еластичності стінок альвеол. Нападоподібна задишка називається **ядухою**, вона виникає при бронхіальній і сер­цевій астмі.

***Синдром дихальної недостатності*** - це стан організму, за якого можли­вості легень щодо забезпечення крові достатньою кількістю кисню обмежені. Згідно з патогенезом, дихальну недостатність розподіля­ють на дві основні групи: 1) з переважним ураженням позалегеневих ме­ханізмів; 2) з переважним ураженням легеневих механізмів. Остання може перебігати за обструктивним, рестриктивним або змішаним типом (це уточ­нюють за допомогою пікфлоуметрії та комп'ютерної спірографії). Дихаль­на недостатність залежно від швидкості розвитку клінічної картини має гостру і хронічну форми.

***Легенева артеріальна гіпертензія***досить часто спостерігається в клініці внутрішніх захворювань і виявляється артеріальною гіпертензією малого кола кровообігу (вище ніж 30 мм рт. ст. за Бюрстиним). Легенева артері­альна гіпертензія виникає при легеневій(хронічні обструктивні захворю­вання легень, пневмосклероз, туберкульоз легень, саркоїдоз, тромбоемболія легеневої артерії тощо) і серцевій патологіях (мітральний стеноз, де­фект міжпередсердної і міжшлуночкової перетинок, інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба), ожирінні, викривленнях хребта.

***Бронхообструктивний синдром***виникає внаслідок порушення прохідності бронхів (спазм, набряк слизової оболонки та закриття їх секре­том чи пухлиною. Характеризується нападами ядухи, задишкою, подовжен­ням фази видиху в стані спокою та при форсованому видиху, свистячими хрипами, які можна чути на відстані (дистанційні хрипи), при перкусії виявляють коробковий звук.

***Хронічні неспецифічні захворювання легень***

**Хронiчне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)** - характеризується обмеженням повітряного потоку, яке є частково або повністю необоротним, яке зазвичай прогресує i асоцiюється iз незвичною запальною вiдповiддю легень на шкiдливi частки або гази, головним чином у зв'язку iз палінням цигарок.

**Класифікація ХОЗЛ,    МКБ-Х**

**J41   Простий і слизово-гнійний хронічний бронхіт**

**J41.0 Простий хронічний бронхіт**

**J41.1 Слизово-гнійний хронічний бронхіт**

**J41.8 Змішаний**

**J43   Емфізема**

**J43    Інші хронічні обструктивні захворювання легень**

**J44.8 Хронічний астматичний (обструктивний) бронхіт**

Класифікація: виділяють 4 стадії ХОЗЛ згідно ступеня важкості захворювання. В розподілі на стадії враховуються клінічні ознаки хвороби, функціональні характеристики бронхообструктивного синдрому.

Таблиця 1

**Класифікація ХОЗЛ**

|  |  |
| --- | --- |
| Стадія, перебіг | Характеристика ХОЗЛ |
| І Легкий | ОФВ1  80% від належних  ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%  Хронічний кашель, виділення харкотиння |
| ІІ Помірний | 50%  ОФВ1 < 80% від належних  ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%  Симптоми прогресують, з’являється задишка при фізичному навантаженні та під час загострень |
| ІІІ Важкий | 30% ОФВ1 < 50% від належних  ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%  Збільшення задишки, повторні загострення, що погіршує якість життя хворих |
| IV Дуже важкий | ОФВ1 < 30% від належних  ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, або хронічна дихальна недостатність, правошлуночкова серцева недостатність.  Подальше прогресування симптомів, якість життя значно погіршена, загострення можуть загрожувати життю. |

**Клінічні форми  ХОЗЛ:**

**Бронхітична***–*домінує кашель, характерним є дифузний ціаноз, часто спостерігається поліцитемія, легеневе серце формується в ранньому віці, кахексія не характерна, летальний кінець у молоді роки.

**Емфізематозна**– домінує задишка, шкірні покриви рожево-сірі, легеневе серце формується в похилому віці, прогресування захворювання супроводжується кахексією, летальний кінець-у похилому віці.

В клінічних умовах частіше зустрічається **змішана** **форма** захворювання

**Діагностичні критерії ХОЗ**Л

**1.Наявність у хворого типових факторів** **ризику:** паління; враховується індекс паління (ІП),виражений у пачко/роках: число сигарет, що випалюється за добу помножене на стаж паління (у роках) і поділене на 20; ІП> 10 пачко/днів  є достовірним фактором ризику ХОЗЛ

**2.Тривала дія професійних подразників:**наявність професійних шкідливостей, особливо контакт з виробничим пилом

**3.Респіраторні інфекції**, особливо, перенесений у дитячому віці облітеруючий бронхіт .

**4.Спадкова схильність:**наявність у близьких родичів захворювань органів дихання.

**5.Наявність типових клінічних ознак захворювання:** кашель з виділенням харкотиння, задишка при фізичному навантаженні та в спокої.

**6.Порушення бронхіальної прохідності,** що неухильно прогресує (зниження показників ОФВ1< 80%  та спiввiдношення ОФВ1/ФЖЄЛ < 70% )

7. **Виключення інших захворювань**, що можуть привести до появи аналогічних симптомів (рак, туберкульоз, бронхоектази тощо). Крім того диференціальна діагностика ХОЗЛ проводиться з необструктивним бронхітом, туберкульозом, бронхіальною астмою.

***Емфізема  легень***

**Визначення**   За визначенням комітету ВООЗ емфізема  легень (ЕЛ) – анатомічна альтерація легень, що характеризується  патологічним  розширенням повітряних  просторів  дистальніше  термінальних  бронхіол,  щосупроводжується деструктивними  змінами  альвеолярних  стінок.

Розрізняють  первинну (ідіопатичну) емфізему легень, що розвивається без попереднього бронхолегеневого захворювання і вторинну (обструктивну) емфізему – найчастіше це ускладнення хронічного обструктивного  бронхіту. Емфізема  може  бути  дифузною чи  бульозною. У  розвитку бульозної емфіземи  важливу  роль відіграють  спадкові фактори, а також перенесені захворювання легень (туберкульоз та ін.)

**Емфізема легень**

(макро та мікроскопічно).

**Етіологія  і  патогенез:** Виділяють  дві  групи  причин, що  приводять  до ЕЛ.

Першу  групу  складають  фактори, що  погіршують  еластичність і  міцність  легеневих  структурних  елементів: патологічна  мікроциркуляція,  зміна  властивостей  сурфактанта,  уроджений  дефіцит альфа-антитрипсину, а також тютюновий дим,  пилові  частки  у  повітрі, що вдихаються. Ці  причини  приводять  до  розвитку  первинної,  завжди дифузної  емфіземи. Ослаблення  еластичних  властивостей  легені  приводить  до  того,  що  під  час  видиху  і,  отже підвищення  внутрішньогрудного  тиску  дрібні  бронхи, які  не  мають  свого  хрящового  каркаса   і  позбавлені еластичної  тяги  легені,  пасивно  спадаются,  збільшуючи  цим  бронхіальний  опір  на  видиху  і  підвищення  тиску  в альвеолах. Бронхіальна  прохідність  на  вдиху  при  первинній  емфіземі  не  порушується. Фактори  другої  групи  сприяють  підвищенню  тиску  в  респіраторному  відділі  легень  і  підсилюють розтягнення  альвеол,  альвеолярних  ходів  і   
респіраторних  бронхіол.Найбільше  значення  серед  них  має  обструкція дихальних  шляхів, що виникає при  ХОБ.

Вторинна  емфізема  характеризується  здуттям  респіраторних  бронхіол  і зміною  форми  тих  альвеол,  що  лежать  поблизу  від  них (центроацінарна  емфізема). При  прогресуванні  в патологічний  процес  може  включатися  весь  ацинус (часточка).

**Клініка:**

1. Задишка, вираженість якої відображає ступінь дихальної недостатності;

2. Кашель з виділенням слизистого або слизисто-гнійного харкотиння;

3.Бочкоподібна  грудна  клітка,  зменшення  її дихальної  екскурсії,  розширення  міжреберних  проміжків,  коробочний  перкуторний  звук,  ослаблене жорстке дихання, зменшення  абсолютної тупості  серця.

4. Надключичні ямки випуклі і заповнені розширеними   верхівками легень;

5. Хворі видихають при зімкнутих губах, надуваючи щоки.

6. При вираженій дихальній недостатності- виражений ціаноз,одутловатість обличчя.

 Первинна емфізема  починається  з  задишки, яка  більш  виражена, ніж  при  вторинній  емфіземі  легень.   Відомий для  хворих  симптом  «пихтіння»  викликаний  необхідністю  підвищити  внутрішньочеревний  тиск  під  час  видиху  і тим  самим  зменшити  експіраторний  колапс  дрібних  бронхів, що  заважають  збільшенню  обсягу  вентиляції. При первинній  емфіземі  менш,  ніж  при  вторинній,  порушений  газовий  склад  крові,  мало  виражений  ціаноз («рожевий» тип  емфіземи). При  первинній емфіземі, на відміну  від  вторинної, зазвичай   не  розвивається хронічне  легеневе серце.

**Методи обстеження:**

1. Рентгенологічний - на  рентгенограмі підвищення  прозорості  легеневих  полів, низьке  стояння  діафрагми  і зменшення  її  рухливості, сплющення діафрагми і зниження костодіафрагмальних кутів; положення ребер наближається до горизонтального
2. Дослідження  ФЗД – відмічається зниження швидкості  форсованого видиху, зменшення індекса Тіфно, зниження ЖЕЛ при збільшенні загальної і залишкової ємності.
3. Електрокардіографія – відхилення електричної вісі серця вправо, глибокі зубці  S у відведеннях  V1-V2, синдром трьох  S (виражений зубець S у відведеннях І-ІІІ.

**Лікування** емфіземи легень тільки симптоматичне: дихальна  гімнастика,  спрямоване на  максимальне  включення діафрагми в  акт дихання;  курси  оксигенотерапії, портативні дихальні пристрої, дихальний аналептик олмітрин. Він зменшує задуху, стимулює периферичні геморецептори, збільшує напругу кисню в артеріальній крові. Прийом 100 мг олмітрину всередину еквівалентне ефекту введення 1 л  кисню через ніс за 1 хвилину. Виключення  паління   й  інших шкідливих  впливів, у  тому  числі  професійних; обмеження фізичного навантаження. Приєднання  бронхолегеневої інфекції  вимагає  призначення  антибіотиків (макролідів, цефалоспоринів, респіраторних фторхінолонів). При  вторинній емфіземі  проводять  лікування  основного  захворювання  і  терапію,  спрямовану  на  купування  дихальної  і  серцевої недостатності.

**Профілактика** вторинної емфіземи легень відповідає профілактиці хронічного бронхіту. Протирецидивна терапія хворих  ХОЗЛ проводиться 2 рази на рік. Вона включає:

1. прийом адаптогенів;
2. застосування бронходилятаторів і відхаркуючих;
3. фізіотерапевтичне лікування;
4. ЛФК, масаж, загартовування;
5. санація вогнищ інфекції;
6. санаторно-курортне лікування.

Реабілітація. Ведення ХОЗЛ у стабільному періоді передбачає визначення ступеня важкості захворювання, розробку індивідуального плану лікування згідно стадії захворювання, освіту пацієнтів. Лікування носить ступеневий характер. І стадія передбачає уникати факторів ризику, проведення протигрипозної вакцинації. При потребі застосовуються бронхолітики короткої дії. При ІІ стадії додається плановий прийом пролонгованих бета-2-агоністів. На ІІІ стадії додаються інгаляційні кортикостероїди, а при IV при наявності ХНД - довгострокова оксигенотерапія.

Не дивлячись на те, що ХОЗЛ є прогресуючим захворюванням, правильно підібрана і вчасно призначена терапія та реабілітація може значно уповільнити прогресування бронхообструкції, зменшити частоту і важкість загострень, запобігти розвитку ускладнень і покращити якість життя хворих.

**План обстеження:**

•  Збір анамнезу

•  Загальний огляд і огляд грудної клітки

•  Пальпація грудної клітки

•  Перкуссия грудної клітки

•  Аускультація легень

•  Рентгенологічна діагностика в пульмонології

• Методи інструментальної і функціональної діагностики хвороб органів дихання

• Дослідження функції зовнішнього дихання

•Методи лабораторної діагностики хвороб органів дихання

***Хронічне легеневе серце***

Під хронічним легеневим серцем розуміється гіпертрофія правого шлуночка на фоні захворювання, що вражає функцію або структуру легких, або те й інше одночасно, за винятком тих випадків, коли ці легеневі зміни є результатом ураження лівих відділів серця чи вроджених пороків серця.

Частіше пов'язані з хронічним бронхітом, емфіземою, бронхіальноюу астмою, легеневими фиброзами і гранулематозами, туберкульозом, силікозом, зі станами, що порушують рухливість грудної клітини - кіфосколіоз, окостеніння реберних зчленувань, ожиріння.

Захворювання первинно вражає легеневі судини: тромбоз і емболії легеневої артерії, ендартеріїти.

Смертність від хронічного легеневого серця вийшла на 4 - е місце. На ранніх стадіях клінічно погано діагностується. У 70 - 80% випадків причиною є хронічний бронхіт, особливо деструктивний.

***Бронхоектатична хвороба***

***Бронхоектатична хвороба* -**хронічне набуте захворювання з процесом нагноєння в незворотньо змінених (розширених, деформованих) і функціонально неповноцінних бронхах, переважно нижніх відділів легень.

**Етіологія**

**Бронхоектази:**

- вроджені;

- набуті (вторинні).

**Причини вроджених бронхоектазів**:

- аномалії розвитку бронхіальної стінки;

- недостатність гладких м’язів, еластичної та хрящової тканини бронхів;

- муковісцедоз.

**Причини утворення набутих бронхоектазів:**

- хронічний бронхіт;

- перенесені в дитинстві пневмонія, грип, кашлюк, кір;

- імунодефіцити;

- наслідки інгаляції або аспірації токсинів: хлоридів, передозування героїну, стороннє тіло бронха;

- ревматичні хвороби ( ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак).

**Збудники, які викликають процес нагноєння бронхоектазів:**

- клебсієла;

- стафілокок;

- синьогнійна паличка;

- стрептокок;

- мікоплазма.

**Класифікація**

**За формою бронхоектазів:**

- циліндричний;

- мішкоподібний;

- веретеноподібний;

- змішаний.

**За клінічним перебігом:**

1. ***Легкий*** - загострення 1-2 рази на рік, тривалі ремісії.
2. ***Середньої тяжкості*** - часті (3-5 разів на рік) загострення з виділенням 50-200 мл харкотиння за добу, яке в меншій кількості виділяється і під час ремісії
3. ***Тяжкий***- часті і тривалі загострення з підвищенням температури тіла до 38,0о С, виділенням більше 200 мл харкотиння. Ремісії короткі, виражені функціональні порушення.
4. ***Ускладнений:*** хронічний бронхіт, емфізема легень, легенева недостатність, кровохаркання і легенева кровотеча, пневмосклероз, емпієма плеври і абсцес легені, ателектаз легені, пневмонії, спонтанний пневмоторакс. Позалегеневі: абсцес мозку, амілоїдоз нирок або іншіх органів, анемія, нефрит, хронічна ниркова недостатність, легеневе серце.

**За фазами перебігу:**

- загострення;

- ремісія.

***Хронічне обструктивне захворювання легень****.*

Хронічне обструктивне захворювання легені (ХОЗЛ) – поширене захворювання, яке можна попередити та лікувати, що характеризується стійким, зазвичай прогресуючим, обмеженням прохідності дихальних шляхів, та асоціюється із підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів та легень на дію шкідливих часток та газів. Тяжкість перебігу захворювання в окремих пацієнтів обумовлена його рецидивом та наявністю супутніх захворювань.

Захворювання викликається головним чином палінням. Інші фактор, зокрема професійні чинники ризику, також можуть сприяти розвитку ХОЗЛ. Часто виникають загострення, коли симптоми швидко та тривало погіршуються, що виходить за межі повсякденної варіабельності.

Обструкція дихальних шляхів виникає в результаті комбінації пошкодження дихальних шляхів та паренхими легень, внаслідок хронічного запалення, яке відрізняється від астматичного та зазвичай є наслідком паління.

Значна обструкція може існувати до того, як почне турбувати хворого.

ХОЗЛ призводить до появи симптомів, втрати працездатності та погіршує якість життя.

ХОЗЛ – термін, що має переваги для визначення стану пацієнтів з обструкцією дихальних шляхів, які раніше діагностувались як хронічний бронхіт та емфізема.

В розвитку ХОЗЛ беруть участь також інші чинники, зокрема професійні впливи.

Не існує єдиного тесту для постановки діагнозу ХОЗЛ. Діагноз заснований на клінічній оцінці з урахуванням анамнезу, фізикального огляду та підтвердженням наявності бронхообструкції за допомогою спірометрії.

*За даними ВООЗ, більше 50 % пацієнтів з ХОЗЛ звертаються до фахівців на пізніх стадіях захворювання. Тим часом, саме ранній початок лікування ХОЗЛ запобігає прогресуванню захворювання і забезпечує можливість ведення активного способу життя впродовж багатьох років.*

*Головний фактор ризику ХОЗЛ становить паління (в т.ч. пасивне).*

*ХОЗЛ – результат взаємодії генів з оточуючим середовищем, в деяких випадках є результатом спадкового дефіциту альфа1-антитрипсину. Низька вага при народженні, вади розвитку легенів, часті респіраторні інфекції в ранньому віці і в дитинстві, низький соціально-економічний статус, наявність бронхіальної астми та/або бронхіальної гіперреактивності, хронічний бронхіт, респіраторні інфекції – чинники, що впливають на розвиток та прогресування ХОЗЛ.*

*До факторів ризику ХОЗЛ також належать несприятливі умови професійної діяльності, погодні умови і клімат (туман та підвищена вологість), інфекційні чинники.*

*Основним професійним чинником розвитку ХОЗЛ є пил різного походження, концентрації якого в повітрі робочої зони перевищують гранично допустимі концентрації (ГДК): неорганічний пил – мінеральний (алмазний), кадмієвий, кремнієвий, цементний, азбестний, металевий (залізо, мідь, титан, кобальт); органічний пил рослинного (зерно, бавовна, мука, дерево, тютюн) та тваринного походження (хутро, шкіра, кістки); синтетичний пил – пластмаси, полімерні матеріали, барвники та ін.; аерозолі дезінтеграції, що утворюються в результаті механічного подрібнення (буріння, розпилювання, тощо) твердих матеріалів та аерозолі конденсації у вигляді токсичних газів та парів з вмістом аміаку, хлору, сірчастого ангідриту, фосгену, різних кислот та ін., аерозолі, що утворюються при електрозварюванні, газорізці, виплавлянні та литті металу, тощо. Несприятливо впливає висока температура повітря в гарячих цехах, низькі температури та інші особливості мікроклімату на виробництві.*

*Для ХОЗЛ характерна сезонність загострення - найбільша частота їх припадає на холодну і вологу пору року, а найбільш висока смертність від ХОЗЛ відзначається взимку.*

***Таблиця 1. Модифікована шкала оцінки тяжкості задишки Медичної Дослідницької Ради (МДР)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Оцінка задишки в балах** | **Опис** |
| 0 | Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні. |
| 1 | Задишка при швидкому підйомі на поверх або при ходьбі вгору. |
| 2 | Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в своєму темпі по рівній місцевості. |
| 3 | Задишка примушує робити зупинки при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості. |
| 4 | Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється при одяганні і роздяганні. |

Тест з оцінки ХОЗЛ (ТОХ) містить 8 пунктів, які вимірюють погіршення статусу здоров’я при ХОЗЛ124. Загальна сума балів може становити від 0 до 40; тісно корелює із статусом з здоров’я, що вимірюється згідно опитувальника госпіталю св. Георгія як надійний та чутливий

***Коментар робочої групи: Тест з оцінки ХОЗЛ (ТОХ)***

|  |
| --- |
| *Як проходить Ваше хронічне обструктивне захворювання легені (ХОЗЛ)? Пройдіть тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT))*  *Ця анкета допоможе Вам та Вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ на Ваше благополуччя й щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані Вами або Вашим лікарем для того, щоб вдосконалити терапію ХОЗЛ та забезпечити найбільшу користь від лікування.*  *Приклад:*  *Я дуже щасливий(-а)*https://fc.vseosvita.ua/0021eh-1207/001.pnghttps://fc.vseosvita.ua/0021eh-1207/002.pnghttps://fc.vseosvita.ua/0021eh-1207/003.pnghttps://fc.vseosvita.ua/0021eh-1207/004.pnghttps://fc.vseosvita.ua/0021eh-1207/005.pnghttps://fc.vseosvita.ua/0021eh-1207/006.png*Мені дуже сумно* |

*БАЛИ*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Я взагалі не кашляю* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *Я кашляю постійно* |
| *У мене в грудях зовсім немає харкотиння (слизу)* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *Мої груди повністю заповнені харкотинням (слизом)* |
| *Мені зовсім не тисне в грудях* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *Мені дуже сильно тисне в грудях* |
| *Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я відчуваю дуже сильну задишку* |
| *Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями* |
| *Виходячи з дому, я почуваюся впевнено, незважаючи на захворювання легені* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *Виходячи з дому, я почуваюся невпевнено через захворювання легені* |
| *Я міцно сплю* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *Я погано сплю через захворювання легені* |
| *У мене багато енергії* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *У мене зовсім немає енергії* |

*Загальний рахунок Тесту з оцінки ХОЗЛ визначається як сума балів відповідей на кожне з восьми запитань.*

*Оцінка задишки ≥2 та загальна сума балів Тесту з оцінки ХОЗЛ≥10 свідчать про вираженість симптомів ХОЗЛ*.

*Фізикальні методи обстеження мають низьку чутливість для діагностики ХОЗЛ. Застосування фізикального обстеження у пацієнтів з ХОЗЛ легкого або середнього ступеня тяжкості малоінформативне. Наявність хрипів не є критерієм тяжкості захворювання і часто вони відсутні при стабільному перебігу тяжкого ХОЗЛ. При подальшому прогресуванні захворювання наступає збільшення об'єму грудної клітки, обмеження рухливості грудної клітки при диханні, поява тимпаніту при перкусії, ослаблення дихальних шумів (ослаблене дихання) і подовження фази видиху. Недостатність правих відділів серця може посилити тяжкість захворювання і проявлятиметься вибуханням яремних вен (венозна пульсація), а також периферичними набряками. При загостренні захворювання можуть з'явитися тахіпное, тахікардія, участь в акті дихання допоміжної мускулатури, ціаноз та ін.*

*Діагноз ХОЗЛ має базуватися на даних спірометрії, що фіксує наявність порушення бронхіальної прохідності за обструктивним типом. Спірометрія є золотим стандартом діагностики, оцінки тяжкості і контролю перебігу ХОЗЛ.*

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги: 1. *Задишка – основний симптом ХОЗЛ, який оцінюється та впливає на якість життя, тактику лікування та прогноз. Другий важливий симптом – кашель. Різноманітний, часто турбує навіть при ремісії, з’являється перший з усіх симтомів.***

**2.** ***Виділення харкотинням***- переважно вранці (при загостренні - на протязі доби), в холодну пору року. Харкотиння слизово-гнійне або гнійне, кількість його збільшується при загостренні.

**3*. Інтоксикація***- слабкість, пітливість, головний біль, підвищення toC тіла,

зниження працездатності.

При тяжкому ХОЗЛ можливі втрата маси тіла, анорексія, остеопороз, депресивні стани або занепокоєння.

**Б. Анамнестичні дані**- дають можливість з'ясувати **етіологічні**моменти

захворювання:

- токсикохімічні фактори (куріння, шкідливості професійні - пил, гази, випаровування);

- інфекційні (віруси, бактерії, мікоплазми).

**Сприяючі чинники:**

* метеорологічні на кліматичні умови (волога холодна погода)
* генетичні фактори (дефіцит альфа1-антитрипсину)
* алергічні стани.

***Об'єктивні методи обстеження:*** ***-*** підвищення t0 тіла 38-390С;

***-*** ціаноз (акроціаноз);

***-*** діжкоподібна грудна клітка;

***-*** участь допоміжних м`язів в акті дихання;

***-*** задишка;

***-*** можлива ядуха;

- при перкусії - коробковий тон;

- при аускультації - послаблення дихальних шумів, свистячі хрипи при

спокійному диханні, потріскування на вдиху.

**Додаткові методи обстеження:**

ЗАК - може бути лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

Аналіз харкотиння – лейкоцитоз 20-40 і більше в п/з.

Бак. дослідження харкотиння - виявляє збудника.

ФБС - виявляє ступінь запалення бронхіальної стінки, причину, локалізацію.

КФГ ОГК - легені великого об`єму, низьке стояння діафрагми, вузька тінь серця,

збільшення прозорості легеневої тканини.

Рентгенологічне обстеження - деформація легеневого малюнка***.***

Спірографія – основний, головний додатковий метод обстеження при ХОЗЛ, виявляє ступінь дихальної недостатності.

Бронхоскопія.

Пікфлоуметрія.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

-кашель; -відходження харкотиння; -задишка; -підвищення toC тіла; - слабкість.

**Потенційні проблеми:**

- розвиток легенево-серцевої недостатності.

**Складемо медсестринський діагноз:**.

* кашель, відходження харкотиння, задишка, підвищення toC тіла пов'язана з хронічним захворюванням легень, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивно.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

**ІV етап медсестринського процесу**

**Реалізація плану медсестринських втручань**

**1. Підготовка пацієнта та взяття:**

1. Крові на ЗАК, БАК, коагулограму, ІДК, дослідження газового складу крові.

2. Взяття харкотиння для загального аналізу, біологічного дослідження на чутливість мікрофлори до антибіотиків.

**2. Підготовка пацієнта до:**

2.1. Рентгенологічного обстеження органів грудної клітки.

2.2.Спірографії.

2.3.Бронхоскопії.

3.1.Контроль за санітарним станом у палаті. Провітрювання палати та вологе прибирання.

3.2.Забезпечення фізичного та психічного спокою пацієнтові. Допомога у виконанні санітарно-гігієнічних заходів.

3.3.Роз'яснити хворому необхідність зміни способу життя: відмова від паління,  
алкоголю, зниження маси тіла, дозування фізичного навантаження. Відмова  
від стискаючого одягу.

3.4.Постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання t0тіла, АТ, РS, ЧДР.

3.5. Забезпечення максимального доступу свіжого повітря, оксигенотерапія.

3.6.Проведення відволікаючих процедур (ніжні гарячі ванни, гірчичники, йодна сітка).

3.7. Подача теплого лужного питва.

3.8. При ознобі - зігрівання, грілки до ніг, тепле пиття

3.9. Надання пацієнтові напівсидячого положення при задишці, ядусі.

4.0. Контроль та допомога в забезпеченні пацієнта раціональним харчуванням.

4.1. Забезпечення індивідуальною плювальницею.

**4. Виконання призначень лікаря:**

***Основною метою в лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень***є зниження темпів пошкодження бронхів і альвеол, що веде до наростання дихальної недостатності, зменшення частоти загострень, продовження ремісії, збільшення толерантності до фізичного навантаження та підвищення якості та тривалості життя. Лікування ХОЗЛ складається із базисного лікування та лікування під часзагострення.

4.1. Введення ***АБ***(при загостренні): цефазоліну, ампіциліну, доксацикліну; макроліди(роваміцин, еритроміцин, кларитроміцин, спіраміцин, сумамед, роксіміцин), фторхінолони(заноцін, ціфран, ципрофлоксацин, левофлоксацин).

*Призначення антибіотиків з метою профілактики, без належних показань може алергізувати пацієнта та спричинити розвиток резистентності мікроорганізмів до антибіотиків, що ускладнює лікування гнійного загострення ХОЗЛ в майбутньому.*

4.2.Перевага надається інгаляційному шляху введення ***бронхорозширювальних препаратів:***

- Бета2-агоністи короткої дії: «Сальбутамол», «Беротек», «Вентолін».

- Бета2-агоністи тривалої дії: «Формотерол», «Сальметерол», «Зафірон».

- Холінолітики короткої дії: «Атровент».

- Холінолітики пролонгованої дії: «Спіріва».

- Комбіновані препарати: «Беродуал», «Серетид», «Комбівент».

- ***Глюкокортикоїди*** (інгаляційні): «Бекломед», «Будесонід», «Інгакорт», «Беклазон», «Асманекс».

На сьогоднішній день в світі діють різноманітні соціальні програми з метою здешевшання базисного лікування хворих на ХОЗЛ та бронхіальну астму. В Україні розповсюджена програма компанії GlaxoSmithCleine «Оранж Кард», за якою хворі мають можливість отримувати препарати зі знижкою до 80%.

4.3. ***Відхаркувальні засоби:*** амброксол, лазолван, бромгексин, ацетилцистеїн, мукалтин, настій і кореня алтеї **(**6,0-20,0 г на 200,0мл) - по 1 столовій ложці 4-6 разів на 1 добу; відвар кореня солодки (15 г кореня на склянку окропу) - по 1 столовій ложці 4-5 разів на добу; настій листя подорожника (10,0 г на 200,0 мл) - по 1 столовій ложці 3-4 рази на добу за 15-30 хв перед їдою, відвар соснових бруньок, листя підбілу **(**10,0—15,0 г на 200,0 мл) **-**по 1 столовій ложці 3-4 рази на добу. Широко використовують також настій трави чебрецю, трави багна звичайного, трави фіалки триколірної (10,0 г на 200,0 мл) - по 1 столовій ложці 3-4 рази на добу.

Немає ніяких рекомендацій щодо використання муколітиків з метою запобігання загострень.

Зареєстрований позитивний ефект від використання муколітиків спостерігався переважно у осіб з хронічним бронхітом (регулярний кашель з виділенням харкотиння), а не у пацієнтів без виділення харкотиння.

4.4. ***Метилксантини*:** еуфілін, теофілін, амінофілін.

4.5. ***Протикашлеві засоби:*** лібексин, глаувент, кодтерпін,

тусупрекс.

**Протикашльова терапія не повинна застосовуватися при лікуванні ХОЗЛ зі стабільним перебігом.**

4.6. ***Жарознижуючі препарати:***аспірин.

4.7.***Антигістамінні препарати:*** терфенедин, лоратадин, семпрекс, кетотифен, перитол, супрастин.

4.8. ***Вітаміни.***

4.9. ЛФК, масаж грудної клітки, ФЗТ процедури (електрофорез, УВЧ).

5.0. 3 метою зменшення тиску в малому колі кровообігу та відновлення реоло­гічних властивостей крові використовують ***нітрати***: нітросорбіт, ізокет та ***антагоністи кальцію:***ніфедипін, фелодипін, дилтіазем.

5.1. При вираженій серцевій недостатності застосовують ***серцеві гліко­зиди:*** корглікон, строфантин та ***сечогінні засоби:*** верошпірон, гіпотіазид, фуросе-мід.

5.2. При особливих показаннях призначають: контрикал, амінокапронову кислоту, імунокоригувальну терапію, оксигенотерапію, екстракорпоральні методи лікування: УФО крові, плазмаферез.

5.3. Вирішення супутніх проблем пацієнта.

5.4.Навчання пацієнта та його оточуючих само- і взаємодогляду.

По закінченню курсу лікування в стаціонарі хворі на ХОЗЛ продовжу­ють відновне лікування в санаторіях Криму, Карпат, Артемівська.

Пульмональна реабілітація визначається, як мультидисциплінарна програма ведення пацієнтів з хронічною респіраторною недостатністю, яка розробляється індивідуально для кожного пацієнта, і її метою є оптимізація функціонального і соціального статусу пацієнта. Мета її – попередити погіршення фізичного стану та надати хворому допомогу справлятися з хворобою. Більшість програм проводяться в умовах стаціонару та містять індивідуальні тренувальні програми та освітні бесіди.

**Компоненти реабілітаційних програм** різні, але всеохоплюючі програми вміщують фізичні тренування, припинення паління, поради щодо харчування та освіту хворих.

**Фізичне тренування**. Фізичні тренування різні за частотою (від щоденних до одного разу на тиждень), тривалістю (від 10 до 45 хвилин за тренування, інтенсивністю. Більш тривалі програми дають кращий ефект ніж короткі.

В багатьох програмах, особливо при простій ходьбі по коридору, пацієнтам пропонується ходити із максимальною швидкістю, обмеженням якої є поява симптомів, відпочинок і продовження ходьби тривають поки не мине 20 хвилин тренування. **Навчання хворих** – більшість реабілітаційних програм містить освіту хворих. Теми для обговорення: припинення паління, базова інформація про ХОЗЛ, загальні підходи до терапії та специфічні аспекти медикаментозного лікування, навички самолікування, стратегії щодо мінімізації задишки, поради щодо того, коли звертатись за допомогою, самоспостереження і поведінка при загостреннях, тощо. Інтенсивність і вміст програм залежать від тяжкості захворювання. Дослідження показали, що навчання хворих самостійно не покращує переносимість фізичних навантажень або функцію легенів, але може грати роль в покращенні навичок, можливості справлятися з захворюванням, статусу здоров’я. Ці параметри зазвичай не досліджуються в клінічних дослідженнях, але можуть мати найважливіше значення, коли фармакологічне втручання не приводить до покращення функції легенів.

**Поради щодо харчування**: Стан харчування важливий фактор для симптомів, інвалідності та прогнозу ХОЗЛ, як надлишок, так і нестача ваги є проблемою313. Приблизно 25 % хворих із ступенем порушень GOLD 2 – 4 мають зменшені ІМТ та маси вільного жиру.

Докази, отримані на сьогодні, свідчать, що тільки харчові добавки не можуть бути повноцінною стратегією. Збільшене поглинання калорій найкращим чином поєднуються з тренувальними режимами, які мають неспецифічну анаболічну дію. Анаболічні стероїди у пацієнтів з ХОЗЛ із зниженою вагою збільшують масу тіла та м’язову масу, але мають незначний або жодного ефекту на толерантність до фізичного навантаження.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Покращення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Перебіг і ускладнення.**

ХОЗЛ триває багато років, деколи все життя. Захворювання прогресує повільно, однак часті загострення, пов’язані з простудою, курінням, впливом професійних факторів, призводе до утворення бронхоектазів і пневмосклерозу.

Порушення бронхіальної прохідності сприяє розвиткові емфіземи легенів, вентиляційної недостатності та легеневого серця. Пацієнти помирають від легенево-серцевої недостатності.

**Диспансеризація.**

Усі пацієнти з ХОЗЛ перебувають на диспансерному («Д») обліку, регулярно проходять профілактичні огляди і отримують протирецидивне лікування.

**Профілактика:**

* ***усунення шкідливих факторів*** –**куріння активне та пассивне**, пил, переохолодження, хімічні подразники***;***
* ***боротися з усіма хворобами, які призводять до розвитку ХОЗЛ***-зокрема хронічним бронхітом, неконтрольованою бронхіальною астмою, а також запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів**,**своєчасне лікування ГРВЗ***;***
* ***загально зміцнювальні препарати;***
* ***загартування організму;***
* ***ФЗТ лікування;***
* ***ЛФК;***
* ***вакцинація і боротьба з вогнищами хронічної ЛОР-інфекції***(застосовують з цією цілю бронхомунал, рибоімуніл, ехінацею, ІРС-19, біостим, бронзоваксом ***тощо).***

**5. Алгоритми профілактики**

***Бронхіальна астма***

***Бронхіальна астма*** - самостійне хронічне рецидивуюче захворювання, яке виникає через гіперреактивність брохів до хімічних, біологічних, механічних подразників, яка реалізується шляхом імунних механізмів та підвищеною холінергічною відповіддю, основним клінічним проявом є рецидивуючий приступ ядухи, що виникає внаслідок бронхоспазму, набряку слизової оболонки бронхів (середнього та дрібного калібру) та гіперсекреції слизу.

Складає 0,5-2% всієї патології дихальних шляхів. Зростання захворюваності та зміна характеру її перебігу обумовлено збільшенням числа пацієнтів із хронічними процесами легенів та алергізацією населення. Астма є серйозною проблемою в цілому світі. Бронхіальна астма без контролю та лікування призводить до високого рівня інвалідності та смертності. До 10 % населення світу страждає на бронхіальну астму, у кожного п’ятого вона діагностується на пізніх стадіях.

**Задишка** - порушення частоти, глибини та ритму дихання.

**Ядуха** - різко виражена задишка.

**Астма**- це задишка, яка носить характер нападу.

**Етіологія.**В розвитку хвороби відіграють роль ***внутрішні***(**ендогенні) *і зовнішні***(**екзогенні) *фактори.***

**Зовнішні фактори** (**екзогенні)**належать: ***інфекційні алергени*:**віруси, бактерії, гриби;

* ***неінфекційні алергени***, зокрема алергени**: *рослинного*** (пестициди, полімери, пилок дерев і рослин) і ***тваринного***(шерсть, лупа тварин) походження;
* ***харчові продукти***(риба, раки, яйця, шоколад, полуниці);
* ***лікарські препарати*** (антибіотики, вітаміни, аспірин);
* ***механічні та хімічні подразники***(металевий,силікатний, бавовняний пил, пари кислот, лугів, лугів, дим тощо);
* ***побутові алергени***(домашній, бібліотечний пил, пір`яподушок);
* ***метереологічні і фізико-хімічні чинники***(зміна температури і вологості повітря, коливання барометричного тиску, магнітного поля землі);
* ***стресові*,*нервово-психічні впливи***тощо*.*

**Внутрішні фактори (ендогенні):**

* порушення функцій імунної системи;
* обтяжена спадковість;
* порушення функцій ендокринної системи;
* порушення функцій вегетативної нервової системи;
* зміни в судинних стінках бронхів і легень (хронічні бронхіти, гострі і хронічні пневмонії, грип та інші респіраторні інфекції);
* вазомоторний риніт, алергічні синусити, поліпоз носа;
* особливості метаболізму арахідонової кислоти.

**Класифікація**

**За клінічно-патогенетичними формами:**

* ***Імунологічні:***

- атопічна (вплив неінфекційних алергенів)

- інфекційно-залежна (вплив інфекційних алергенів)

- аутоімунна

* ***Неімунологічні:***

- гормональна

- нервово-психогенна

- холінергічна

- аспіринові

- астма фізичного навантаження

**За ступенями тяжкості під час нападу (загострення);**

***1. Легкий ступень:***Пацієнти ходять, можуть лежати; розмова реченнями; можливе збудження; ЧДР підвищена; РS більше 100/хв., залучення допоміжної мускулатури звичайно немає; помірне свистяче дихання переважно в кінці вдиху.

***2. Середньої тяжкості:***Пацієнти воліють сидіти; розмовляють фразами; звичайно збуджені; ЧДР - підвищена; РS - 100-120/хв.; звичайно є залучення допоміжної мускулатури; голосне свистяче дихання.

***3. Тяжкий ступінь:***Пацієнти пересуваються з трудом; розмова словами; звичайно збуджені; ЧДР більше 30/хв.; РS більше 120 хв; звичайно з залученням допоміжної мускулатури; голосне свистяче дихання.

***4. Загроза зупинки дихання:***Свідомість сплутана, парадоксальне грудно-черевне дихання, свисту під час дихання немає; брадикардія, звичайна втома м’язів.

***За частотою та важкістю загострень***

***Інтермітуюча БА***: симптоми (епізоди кашлю, свистячого дихання, задишки) короткотривалі, виникають рідше 1 разу на тиждень на протязі не менше як 3 місяці; короткотривалі загострення; нічні симптоми виникають не частіше 2 разів

на місяць. Відсутність симптомів, нормальні значення показників ФЗД між загостреннями: ОФВ1 або ПОШвид і 80 % від належних; добові коливання ПОШвид або ОФВ1 < 20 %.

***Легка персистуюча БА***: симптоми виникають як мінімум 1 раз на тиждень, але рідше 1 разу на день на протязі більше 3-х місяців; симптоми загострення можуть порушувати активність і сон; наявність хронічних симптомів, які потребують симптоматичного лікування, майже щоденно; нічні симптоми астми виникають частіше 2 разів на місяць; ОФВ1 або ПОШвид. і 80 % від належних; добові коливання ПОШвид або ОФВ1 - 20 - 30 %.

***Середньої тяжкості персистуюча БА:*** симптоми щоденні; загострення призводять до порушення активності і сну; нічні симптоми астми частіше 1 разу на тиждень; необхідність у щоденному прийомі b2-агоністів короткої дії. ОФВ1або ПОШвид. в межах 60 - 80 % від належних; добові коливання ПОШвид або ОФВ1 > 30 %.

***Тяжка персистуюча БА***: наявність в значній мірі варіабельних тривалих симптомів, частих нічних симптомів, обмеження активності, тяжкі загострення. Незважаючи на лікування, що проводиться, відсутність належного контролю захворювання: постійна наявність тривалих денних симптомів; часті нічні симптоми; часті тяжкі загострення; обмеження фізичної активності, зумовлене БА. ОФВ1 або ПОШвид < 60 % від належних, добові коливання ПОШвид або ОФВ1 > 30 %. Досягнення контролю БА може бути неможливим.

***Астматична тріада - поєднання бронхіальної астми, рецидивуючого поліпозу носа та навколоносових пазух, і непереносимості аспірину і препаратів піразолонового ряду; прогностично несприятливий варіант перебігу інфекційно-алергічної бронхіальної астми.***

**І етап медсестринського процесу - *медсестринське обстеження***

***Суб`єктивні методи обстеження:***

**Скарги пацієнта: *-*головний симптом** - ***напад ядухи***, який виникає раптово протягом доби, часто вночі без будь-яких провісників. Іноді перед нападом у пацієнта з`являються закладеність носа, чихання, водянисті виділення з носа, відчуття стиснення в грудях і гострої нестачі повітря, надсадний кашель;

***- експіраторна задишка*** -вдих короткий, видих утрудненийі тривалий;

***- вимушене положення***-пацієнт сидить спустивши ноги, впираючись руками о край ліжка, на стегна, при цьому плечі підняті, голова ніби втягнута в плечі (включаючи таким чином в акт дихання не лише дихальні, але й допоміжні м`язи – плечового пояса і грудей) , грудна клітина має вигляд розширеної, завмерлої на висоті в стані вдиху;

***- дистанційні хрипи***-дихання прискорене, шумне, на відстані чути сухі свистячі хрипи, хрипіння;

***Анамнестичні данні:***

- при повторних нападах - контакт з конкретним алергеном

- у дитячому віці та після 60 років переважають чоловіки, в інших вікових групах - жінки;

- вплив етіологічних факторів;

- початок хвороби поступовий;

- поява задишки;

- схильність до алергічних реакцій;

- часті простудні захворювання (бронхіти);

- часті распіраторні інфекційні захворювання;

- спадковий фактор;

- несприятливі умови проживання.

***Об’єктивні методи обстеження:***

- вигляд пацієнта переляканий; - ядуха; - експіраторна задишка;

- блідість шкіри, згодом - з посиленням задишки стає ціанотичне;

- при огляді грудної клітини-помітне збільшення її, вона ніби в положенні глибо кого вдиху, плечі трохи підняті (бочкоподібна форма) емфізематозна;

- вимушене сидяче положення з нахилом тулуба вперед, спираючись руками

на стегна, край ліжка чи крісла для фіксації плечового пояса (участь в акті

дихання допоміжної мускулатури);

- на відстані чути сухі (свистячі, жужачі, шиплячі) хрипи, які супроводжують дихання (дистанційні хрипи);

- пульс -прискорений (тахікардія);

- АТ *-* підвищення або зниження;

- при перкусії легень-коробковий звук;

- при аускультації легень-ослаблене везикулярне дихання, з різко подовженим видихом і значною кількістю свистячих та дзижачих сухих хрипів;

- в крові -еозинофілія, може бути лейкоцитоз або лейкопенія;

- мікроскопічне дослідження харкотиння-спіралі Куршмана та кристали

Шарко-Лейдена, еозинофіли;

- тяжкість визначена в класифікації.

Приступ ядухи закінчується кашлем, який супроводжується виділенням незначної кількості в’язкого, тягучого, склоподібного харкотиння. Харкотиння починає відходити, дихання полегшується і приступ минає.

***Тривалість нападу***- 10-20 хв**.,**а іноді декілька годин**.**

**Астматичний стан**- затяжний напад ядухи.

**Астматичний статус** – якісно новий стан, який характеризується наростаючою дихальною недостатністю та абсолютною резистентністю до терапії, яка проводилась раніше.

**Перебігає у 2 варіантах**:

* ***Бронхоспастичний***-виникає частіше при контакті із алергеном.
* ***Бронхообтураційний*** – найчастіша причина – блок бета-рецепторів бронхів. Виникає при передозуванні симпатоміметиків.

**Клінічно виділяють 3 стадії астматичного статусу:**

* ***І стадія****(субкомпенсації )*- гіповентиляція з не різко вираженою дихальною недостатністю. **Прояви:**вимушене положення пацієнта, задишка, ціаноз, приступодібний сухий кашель, загальмованість. ЧД –40 дих. рухів за хвилину, АТ- підвищенний. При недостатньому лікуванні І стадія переходить через 8-24 год. у 2 стадію.
* ***ІІ стадія****(декомпенсації)* - розвиток тяжкої дихальної недостатності.**Прояви:**для пацієнтів характерна загальмованість, яка чергується з періодами збудження. Шкіра блідо-сірого кольору, волога. Пульс – слабкого наповнення. АТ – знижений. Протягом 1-24 год. ІІ стадія переходе в ІІІ стадію.
* ***ІІІ стадія****(коматозна)* – гіпекапнічно-гіпоксична. **Прояви:**спостерігається психоз, марення, які поступово змінюються глибокою депресією, втратою свідомості. Дихання поверхневе. АТ знижений.

**ІІ етап медсестринського процесу- *медсестринська діагностика***

***Наявні проблеми*:**

- напад ядухи; задишка експіраторна; - кашель сухий тощо.

***Потенційні проблеми:***

можливі повторні напади ядухи, страх виникнення астматичного статусу, можливий розвиток емфіземи легенів, легеневого серця, розвиток дихальної та серцевої недостатності.

***Складемо медсестринський діагноз:***

ядуха; задишка експіраторна; кашель сухий, можливі повторні напади ядухи, страх виникнення астматичного статусу тощо.

**ІІІ етап медсестринського процесу- планування медсестринських втручань**

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

1. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.
2. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.
3. Виконання лікарських призначень.
4. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.
5. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

**ІV етап медсестринського процесу - *реалізація плану медсестринських втручань***

1.1.**Підготовка пацієнта та взяття:** - крові на ЗАК, БАК, дослідження газового складу крові;

- взяття харкотиння для загального аналізу, мікологічного дослідження.

2.1.**Підготовка пацієнта до:**спірографії, пневмотахометрії, пікфлуометрії,рентгенографія органів грудної клітки, навколо-носових пазух, бронхоскопії, ЕКГ.

2.2. Підготовка пацієнтів до шкірних проб, провокаційних проб, визначення

бактеріальної сенсибілізації.

3.1. Контроль за санітарним станом палати: провітрювання, вологе прибирання.

3.2. Забезпечення пацієнта плювальницею.

3.3. Контроль та допомога в дотриманні дієти пацієнтом з виключенням

алергенів.

3.4. Вияснення, що могло стати алергеном, та усунення впливу його на

пацієнта.

3.5. Постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта:

підрахунок ЧДР, РS, вимірювання АТ, температури тіла.

3.6. Звільнення пацієнта від стискаючого одягу.

3.7. Надання зручного положення ортопное: посадити, опустити ноги, обперти руками на стегна (або ліжко), плечі підняти, нахилити тулуб вперед.

3.8. Забезпечення максимального доступу свіжого повітря.

3.9. Відволікаючі процедури (ніжні гарячі ванни, гірчичники).

3.10. Застосування індивідуального інгалятора (беротек, астмопент, сальбутамол, вентолін).

3.11. Для полегшення відходження харкотиння - тепле содове пиття.

4.**Виконати призначення лікаря:**

4.1. Під час приступу ядухи (загострень) в залежності від тяжкості перебігу:

***Легкий ступінь:***

*-*інгаляції: β2- антагоністи короткої дії (сальбутамол, беротек ).

***Середньої тяжкості:***

- продовжити інгаляції + ГКС (преднізолон).

***Тяжкий ступінь:***

- інгаляції сальбутамолом + холінолітики (іпратропію бромід (атровент), (тіотропію бромід (спірива) + теофілін, еуфілін;

- оксігенація; - ГКС; - гепарин;

- при відсутності ефекту протягом 1 год: продовження всього перерахованого + ГКС в/в (метил преднізолон, дексаметезон); за потреби ШВЛ.

**Надання допомоги при АС:**

* *оксигенотерапія;*
* *внутрішньовено струминно****-***0,3-0,5 мл 0,1 % розчину адреналіну в 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
* *за відсутності ефекту через 15 хв****. -***в/в краплинне введення 0,5 мл 0,1 % розчину адреналіну у 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
* *кортикостероїдні гормональні препарати****-***в/в струминно 200-400 мг гідрокортизону або 120 мг преднізолону з переходом на в/в краплинне введення такої самої дози у 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
* *в/в вводять****-***0,5-1,0 мл 0,1 % розчин атропіну в 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду***;***
* *через 3-5 хв****-***10,0 мл 2,4 % розчину еуфіліну в 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду
* *антигістамінні засоби****-***супрастин, тавегіл, димедрол – 2-3 мл в 10,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду***;***
* *якщо поліпшення не настало****–***фторотановий наркоз та ШВЛ***;***
* *упродовж серцево-легеневої реанімації****-*** гепарин 5-6 тис. ОД п/ш біля пупка, дроперидол 1-2 мл 0,25 % в/в в 10,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду**;**
* *інтубація трахеї* (при ІІІ стадії АС).

4.2.**Планове (базисне) медикаментозне лікування бронхіальної астми:**

- інгаляції протизапальних препаратів (натрію крамоглікат (інтал), натрію недокроміл (тайленд);

- інгаляції ГКС (бекотид, флунізолід, будесонід);

- пролонговані β2 - агоністи (фенотерол, сальметерол, теопек);

- пролонгованої дії (теофілін).

4.3. ЛФК, масаж грудної клітки, фізіотерапевтичні процедури (спелеолікування, акупунктура).

4.4. Санаторно-курортне лікування.

4.5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнтів.

4.6. Бесіда з пацієнтом та оточуючими про необхідність дотримання дієти, виявлення та усунення алергенів, вчасне застосування та вміння користуватися індивідуальним інгалятором для попередження приступу.

**V етап медсестринського процесу - *оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських

втручань.

**Профілактика:**

- диспансерне спостереження;

- обмеження контакту пацієнта з хворими на ГРЗ;

- своєчасне лікування ГРЗ;

- обмеження контакту з алергенами, усунення виявлених алергенів;

- санація хронічних осередків інфекції;

- масаж грудної клітки, гімнастика, рефлексотерапія;

- загартування організму;

- дотримання правил техніки безпеки та охорони праці на шкідливих

виробництвах;

- оздоровлення екології;

- здоровий активний спосіб життя;

- специфічна гіпосенсибілізація.

***Пневмонія.***

***Пневмонія*** – це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації.

Незважаючи на успіхи сучасної медицини, пневмонії залишаються важливою медико-соціальною проблемою. Це пов’язано з високою захворюваністю та смертністю внаслідок цієї патології. В Україні щороку хворіє на пневмонію 200-250 тис. осіб, з них помирає 2-3 %.

**Збудники:**

***негоспітальна пневмонія****:*

- пневмококи, мікоплазми, вірус грипу, хламідії, легіонели, стрептококи.

***госпітальна пневмонія:***

- стафілокок, колебсієла, кишкова паличка, анаероби, віруси, патогенні гриби.

**Сприятливі фактори:**

переохолодження; - хімічні аерозолі; - зниження імунітету; - вірусні інфекції респіраторного тракту; - хронічні захворювання легень, серця, нирок, травного каналу; - травма; - куріння; - алкоголь; - контакт з тваринами (птахами, гризунами); - порушення харчування.

**Класифікація.**

**Пневмонії поділяються на:**

1. ***позагоспітальна***(домашня, негоспітальна, позалікарняна) -первинна;

2.***госпітальна***(внутрішньолікарняна, нозокоміальна) - виникає через 48 год. і пізніше після госпіталізації хворого до стаціонару за відсутності будь-якого інфекційного захворювання в інкубаційному періоді на час госпіталізації хворого, легеневого інфільтрату в поєднанні з клінічними ознаками, які б підтверджували його;

3.***аспіраційна***;

4. ***пневмонія, у пацієнтів з тяжкими дефектами імунітету:***(вроджений імунодефіцит, ВІЛ-інфекція, ятрогенною імуносупресією).

**Крім цього пневмонії поділяють:**

**За етіологією: -***пневмококові;****-****стафілококові;****-****грибкові;****-****мікоплазмова;*

***-****вірусна;****-****змішана.*

**За клініко-морфологічними ознаками: -***паренхіматозна* (крупозна, часткова, плевропневмонія);**-***вогнищева* (часточкова, бронхопневмонія);**-***інтерстиціальні.*

**За локалізацією:**- *часткові; - сегментарні; - осередкові; - правобічна; - лівобічна; - двобічна.*

**За наявністю функціональних порушень зовнішнього дихання і кровообігу:**

- *без функціональних порушень*; - *із функціональними порушеннями*.

**За наявністю ускладнень: -***неускладнена;***-***ускладнена* (ексудативний плеврит, абсцес, міокардит, ендокардит, бактеріальний або токсичний шок тощо).

**За ступенем тяжкості: -***легкий;***-***середній*;**-***важкий.*

Слід дотримуватись такого визначення пневмонії з тяжким перебігом - це особлива форма захворювання різної етіології, яка проявляється тяжким інтоксикаційним синдромом, гемодинамічними змінами, вираженою дихальною недостатністю та/або ознаками тяжкого сепсису або септичного шоку, характеризується несприятливим прогнозом та потребує проведення інтенсивної терапії.

Рекомендують виділяти "малі" та "великі" критерії тяжкого перебігу пневмонії.

"Малі" критерії тяжкого перебігу пневмонії:

- частота дихання 30 за 1 хв. та більше;

- порушення свідомості;

- SaO2 менше 90 % (за даними пульсоксиметрії), парціальна напруга кисню в артеріальній крові (далі - PaO2) нижче 60 мм рт. ст.;

- систолічний артеріальний тиск нижче 90 мм рт. ст.;

- двобічне або багаточасткове ураження легень, порожнини розпаду, плевральний випіт.

"Великі" критерії тяжкого перебігу пневмонії:

- потреба в проведенні штучної вентиляції легень;

- швидке прогресування вогнищево-інфільтративних змін в легенях - збільшення розмірів інфільтрації більше ніж на 50 % протягом найближчих 2 діб;

- септичний шок або необхідність введення вазопресорних препаратів протягом 4 год. та більше;

- гостра ниркова недостатність (кількість сечі менше 80 мл за 4 год. або рівень креатиніну в сироватці крові вище 0,18 ммоль/л або концентрація азоту сечовини вище 7 ммоль/л (азот сечовини = сечовина (ммоль/л) / 2,14) за (відсутності хронічної ниркової недостатності).

Про тяжкий перебіг пневмонії свідчить наявність у хворих не менше двох "малих" або одного "великого" критерію, кожен з яких достовірно підвищує ризик розвитку летального кінця. У таких випадках рекомендується невідкладна госпіталізація хворих у відділення анестезіології та інтенсивної терапії (далі - BAIT).

**Вогнищева пневмонія**

**Вогнищева пневмонія (*бронхопневмонія)*** - запальне захворювання легень, що уражає їх окремі часточки або групу часточок. Переважно вогнищева пневмонія починається з бронхіту, у зв’язку з чим її інша назва - ***бронхопневмонія.***Складає від 30 до 40% всіх захворювань легенів. В 96% пов’язана переохолодженням.

**Етіологія.**

*Збудниками являються мікроорганізми:* - пневмококи; -стрептококи; -вірус грипу;

- стафілокок; - бацила Фрідлендера; - паличка Пфейфера.

Виникає також у післяопераційному періоді, услід за ГРЗ, у тяжкохворих, які довго перебувають у лежачому положенні, при обструкції бронхів слизом, стороннім тілом, при ураженні ЦНС, травмах грудної клітки.

**Крупозна пневмонія *(плевропневмонія)*** - гостре запалення легеневої тканини, яке характеризується швидким залученням в процес цілої долі і прилягаючої ділянки плеври. В зв’язку з широким застосуванням антибіотиків та сульфаніламідів частота крупозних пневмоній зменшилась і складає від 0,5 до 7% випадків.

**Етіологія.**

*Частою причиною КП є: -*пневмококи; - стрептококи;- стафілококи.

*Рідше*: - вірус грипу; - вірус парагрипу; - кір.

*Впливають на розвиток пневмонії***:**

1. алергічні чинники;
2. температура і вологість зовнішнього середовища;
3. синусити, тонзиліти;
4. алкоголізм;
5. ослаблені люди;
6. хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів.

Враховуючи відомі певні обмеження традиційних методів етіологічної діагностики НП, доцільним є поділ пацієнтів на окремі групи, у відношенні до кожної з яких можна передбачити найбільш ймовірних збудників та їх чутливість до антибактеріальних препаратів.

Пропонується розподіляти всіх дорослих пацієнтів з НП на чотири групи.

**До I групи** відносять хворих на НП з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, без супутньої патології та інших модифікуючих факторів. Найбільш часто збудниками НП у таких пацієнтів є S. pneumoniae, M. pneumoniae, C. pneumoniae, H. influenzae (як правило, у курців) та респіраторні віруси. У 30 - 50 % пацієнтів збудника не визначають взагалі, тому проводити рутинну мікробіологічну діагностику недоцільно. Певну цінність можуть мати дані епідеміологічних досліджень (групова захворюваність осіб молодого віку в організованих колективах характерна для інфекції, спричиненої S. pneumoniae або M. pneumoniae).

**До II групи** відносять хворих на НП з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, з наявністю супутньої патології (хронічне обструктивне захворювання легень, ниркова та серцева недостатність, цереброваскулярне захворювання, пухлина, цукровий діабет, хронічне захворювання печінки різної етіології, психічній розлад, алкоголізм) та/або інших модифікуючих факторів. Збудниками НП у цих хворих є S. pneumoniae (в тому числі антибіотикорезистентні штами), H. influenzae, S. aureus, M. catarrhalis. Слід враховувати і можливість грамнегативної інфекції: родини Enterobacteriaceae (E. coli, Klebsiella spp.), особливо у людей похилого віку. Необхідно передбачити також ймовірність анаеробної інфекції за наявності НП в осіб з несанованою порожниною рота, клініко-анамнестичними даними щодо неврологічних захворювань та/або порушеннями акту ковтання. Рутинна мікробіологічна діагностика у цих хворих також малоінформативна і практично не впливає на вибір антибіотиків. Однак близько у 20 % хворих цієї групи можливе виникнення потреби в госпіталізації через неефективність амбулаторного лікування та/або загострення/декомпенсації супутніх захворювань.

**До III групи** відносять хворих на НП з нетяжким перебігом, які потребують госпіталізації у терапевтичне відділення за медичними (наявність несприятливих прогностичних факторів) показаннями. У пацієнтів цієї групи розвиток НП може бути зумовлений S. pneumoniae, H. influenzae, атиповими збудниками, грамнегативними ентеробактеріями. У 10 - 40 % хворих III групи нерідко виявляють "змішану" інфекцію (тобто поєднання типових бактеріальних та атипових збудників). Така різниця в частоті виявлення збудників зумовлена особливостями мікробіологічних методів діагностики, які використовують різні дослідники.

**До IV групи** відносять хворих на НП з тяжким перебігом, які потребують госпіталізації у ВРІТ. Спектр мікробної флори у таких пацієнтів включає S. pneumoniae, Legionella spp., H. influenzae, грамнегативні ентеробактерії, S. aureus та M. pneumoniae (досить рідко). За наявності модифікуючих факторів збудником НП може бути P. aeruginosa.

**Медсестринський процес при пневмонії**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

* ***При вогнищевій пневмонія:***

У більшості випадках початок захворювання гострий (можливо поступовий):

- ***t0 тіла*** підвищується до 38-39οС;

- ***симптоми інтоксикації:*** загальна слабкість, головний біль, погіршення апетиту, сну;

- ***кашель*** вологий (харкотиння є слизистим, слизисто-гнійним або гнійним);

- ***задишка*** турбує пацієнта рідко.

* ***При крупозній пневмонії:***Захворювання починається гостро:

- сильний ***озноб***; - ***t0 тіла*** - 39-40οС;- ***симптоми інтоксикації***; - ***кашель*** спочатку сухий, а потім вологий з виділенням кров`янистого ***(«іржавого»)*** харкотиння; - ***задишка***;- ***біль***в грудній клітці, який посилюється під час глибокого дихання, кашлю, чхання.

**Б. Анамнестичні дані :**

І. ***Негоспітальна пневмонія:***

- наявність будь-якого етіологічного чинника; - початок гострий або поступовий після перевтоми і переохолодження, вірусної інфекції.

ІІ. ***Госпітальна пневмонія:***

- через 48 год. після госпіталізації; - вік понад 60 років; - супутні хронічні хвороби легень; - лікування антибіотиками, антацидами, Н2-блокаторами; - виконання бронхоскопії; - ендотрахеальна інтубація; - перенесені травми.

ІІІ. ***Аспіраційна пневмонія:***

- є підтвердження факту аспірації; в анамнезі часто алкоголізм, наркоманія, неврологічна патологія, випадки непритомності.

*IV.****Пневмонія в осіб з дефектами імунітету:*** - є підтвердження наявності імунодефіциту.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

* ***При вогнищевій пневмонія:***- ***t0 тіла*** 38-39°С; - ***кашель*** з виділенням слизисто-гнійного харкотиння; - ***гіперемія*** щік; - ***ціаноз*** кінчика носа, губ; - ***ЧД*** прискорене до 25-30 за 1 хв.; - при ***невеликих вогнищах*** ***голосове тремтіння та перкуторний звук*** не змінені, а при ***зливній пневмонії*** - притуплення перкуторного звуку; - при ***аускультації*** - вислуховуються вологі дрібно - та середньо- пухирчасті хрипи; при одночасному ураженні бронхів - сухі хрипи; - ***PS***-прискорений (тахікардія); - ***АТ***-нормальний або помірно знижений;

- в ***периферичній крові***- лейкоцитоз, прискорене ШОЄ; - ***рентгенологічне дослідження*** - виявляють вогнища затемнення, посилений судинний рисунок, розширення легеневих коренів.

**Крупозна пневмонія:**

Під час крупозної пневмонії запалення охоплює цілу частку легенів і послідовно проходить 4 стадії: ***1 стадія***- *стадія гіперемії і припливу*(відзначають гіперемію легеневої тканини, накопичення ексудату в альвеолах); ***2 стадія*** -*червоного спечінкування*(альвеоли заповнюються еритроцитами і фібрином, що нагадує печінкову тканину); ***3 стадія***- *сірого спечінкуванння*(в уражену зону надходить значна кількість лейкоцитів, за рахунок чого легені набувають сірого кольору;***стадія 4 -****стадія завершення*(ексудат розсмоктується вздовж лімфатичних шляхів і частково відхаркується).

* ***При крупозній пневмонії:*** - ціаноз губ, носа або тотальний; - ***на щоках***з`являється гарячковий рум’янець;- ***очі***блищать; - ***біля губ і носа часто буває***пухирцеві висипання (герпетичне); - ***пацієнт***лежить на спині або на хворому боці (вимушене положення); - ***при огляді грудної клітки***- відставання дихання на ураженому боці; - ***ЧД***- 30-40 за 1 хв.; ***PS***-тахікардія; - ***під час пальпації***- визначають посилене голосове тремтіння; ***дані перкусії і аускультації різні залежно від стадії процесу. В 1-й стадії***-притуплено-тимпанічний звук***, аускультативно***-початкова ***крепітація. У 2 та 3 стадії перкуторно***-***тупий перкуторний звук, аускультативно***-бронхіальне дихання.***У 4 стадії***- притуплено-тимпанічний звук***, аускультативно***- бронхіальне дихання, ***на висоті вдиху***– кінцеву крепітацію і вологі хрипи.

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - гарячка; - озноб;**-**задишка; - біль в грудній клітці; - загальна слабкість; - кашель сухий та вологий; - посилена пітливість тощо.

**Потенційні проблеми:** можливе виникнення ускладнень: - абсцес легень; - гангрена; -гнійний плеврит; - ураження серця, нирок; - бронхоектази; - хронічна пневмонія; - колапс; - безсоння; - маячення; - сплутана свідомість.

* **Складемо медсестринський діагноз:**- гарячка; - озноб;**-**задишка; - біль в грудній клітці; - загальна слабкість; - кашель сухий та вологий; - посилена пітливість, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу - Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта і взяття крові на ЗАК, БАК, коагулограми, дослідження газового складу крові.

2. Підготовки пацієнта і взяття харкотиння для загального аналізу, (бактеріологічного посіву на чутливість мікрофлори до антибіотиків).

3. Підготовка пацієтв і взяття сечі для ЗАС.

4. Підготовка пацієнта до рентгенографії органів грудної клітки, спірографії.

5. Контроль за санітарним станом у палаті.

6. Створення фізичного та психічного спокою пацієнтові. Режим палатний. Допомога у виконанні санітарно-гігієнічних заходів.

7. Провітрювання палати та вологе прибирання.

8. Постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, Р, ЧДР.

9. Забезпечення максимального притоку свіжого повітря, оксигенотерапія.

1. Контроль та допомога в забезпеченні пацієнтові раціональним харчуванням: дієта №15 (якщо нема протипоказів).
2. Подача теплого лужного питва у великих кількостях (фруктові соки, чай, клюк- венний морс, мінеральні води).
3. Забезпечення індивідуальною плювальницею.
4. При ознобі - зігрівання, укутування, грілки до ніг, тепле пиття.
5. При пітливості обтирання та переодягання пацієнта. Профілактика пролежнів.
6. Проведення відволікаючих процедур (ніжні гарячі ванни, гірчичники, йодна сітка, банки) за відсутності лихоманки.
7. Надання пацієнтові напівсидячого положення при задишці.
8. Виконання призначень лікаря: *етіотропне лікування* (антибактеріальні препарати).
9. Негоспітальна пневмонія:

- макроліди (спіраміцин, рокситроміцин, кларитроміцин);

- тетрацикліни (доксациклін);

- β - лактами/інгібітори β - лактамаз (уназин, амоксиклав, аугментин);

- антипсевдомонадні пеніциліни (мезлоцилін, піперацилін);

- цефалоспорини ІІ-ІІІ генерації (цефотаксим,цефтріаксон);

- фторхінолони (ципрофлоксацин, кліндаміцин).

18. А. Госпітальна пневмонія:

В/в введення АБ

- цефалоспорини;

- β - лактами/інгібітори β - лактамаз;

- аміноглікозиди (амікацин, гентаміцин, тобраміцин)

18. Аспіраційна пневмонія:

- кландиміцин, амоксиклав, цефатаксим, метранідазол.

21. АБ залежно від збудника втрачає значення при правильному своєчасному початку антибіотикотерапії:

- стрептоко*к* - бензилпеніцилін, макроліди, цефалоспорини;

- *стафілокок* - оксацилін, ципрофлоксацин, цефалоспорини;

- *гемофільна паличка* - ампіцилін, фторхінолони, цефалоспорини;

- *мікоплазма, легіонела* - макроліди, фторхінолони;

- *клебсієла*- гентаміцин, фторхінолони, цефалоспорини ІІІ генерації;

- *синьогнійна паличка* - гентаміцин, карбеніцилін, азлоцилін, тієнам;

- *анаероби* - метронідазол, бензилпеніцилін, тієнам;

- *хламідії* - макроліди, фторхінолони, тетрациклін, флуронізид.

22. Протигрибкові препарати:

- для профілактики кандидозу - амфотерицин - В;

- для лікування кандидозу - флуцитозин, кетоконазол.

23. Патогенетичне лікування

Бронхолітики:

- *селективні ά2 -адреностимулятори* (сальбутамол, беротек, сальметерол);

- *інгібітори фосфордіестерази* (еуфілін, теофілін);

- *холінолітики* (атровент, іпратрапіуму бромід).

24. Муколітики і відхаркувальні: бромгексин, амброксол, ацетилцистеїн, мукалтин.

25. Жарознижувальні препарати (аспірин, німесил).

26. Протикашльові*:* лібексин, глауцин, тусупрекс.

27. Анальгетики - антипіретики: аспірин, парацетамол (мексален), амідопірин.

28. Дезинтоксикація: реополіглюкін, неогемодез.

29. Вітамінотерапія.

30. При необхідності серцево-судинні препарати та оксигенотерапія.

31. Профілактика дифузного внутрішньосудинного зсідання: гепарин, дипіридамол, пентоксифілін.

32. ЛФК, дихальна гімнастика,масаж грудної клітки, фізіотерапевтичні процедури (електрофорез, УВЧ, діатермія, індуктотерапія).

33. Відволікаюча терапія.

34.Вирішення супутних проблем пацієнта.

35. Навчання пацієнта та його оточуючих само- та взаємодогляду: виконання

дихальної гімнастики.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Профілактика пневмоній**:

- загальне загартування організму; - заняття фізичною культурою; - попередження переохолодження; - здоровий активний спосіб життя; - своєчасне лікування вогнища гострої та хронічної інфекції в організмі; - дотримування правил гігієни праці; - профілактика грипу; - пацієнти, які перенесли гостру пневмонію, перебувають протягом року під «Д» наглядом.

***Плеврити.***

***Плеврит***- це запалення листків плеври з утворенням на їх поверхні фібринозного нашарування або скупченням у плевральній порожнині випоту - ексудату. Досить часто термін «плеврит» використовується для опису результатів будьякого процесу, що уражає плевру і призводить до плевритного болю чи свідчить про плевральне тертя. Це захворювання є вторинним відносно бактеріальної інфекції, але також спостерігається у супроводі вірусної інфекції типу Coxackie В, яка спочатку уражає міжреберні м’язи, відомої також як синдром Сильвестра. Плеврит є загальною ознакою легеневого інфаркту і може бути раннім проявом плевральної інвазії у випадку туберкульозу легенів або легеневої пухлини. Плеврит, як правило, не є самостійним захворюванням, а являє собою патологічний стан, який ускладнює перебіг різноманітних процесів як у легенях, так і в прилеглих до плеври утвореннях (середостіння, діафрагма, грудна стінка, піддіафрагмальний простір тощо).

**Етіологія.**

Плеврити це не самостійне захворювання, а ускладнення запальних процесів в легенях. В залежності від основного захворювання розрізняють при:

*Легеневі захворювання:*

- туберкульоз легенів та плеври; - парапневмонічні плеврити; - ракові плеврити;

- плеврити при абсцесі та гангрені легенів; - плеврити при бронхоектатичній хворобі.

*Позалегеневі захворювання*: - перикардит; - паранефрит; - сифіліс; - системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак склеродермія, ревматоїдний артрит).

*Інфекційні (у хворих на пневмонію, туберкульоз, після операцій на легенях, травм тощо)*

*Неінфекційні (як результат пухлини легенів або метастазування у плевру злоякісних пухлин з іншою локалізацією, наприклад лімфоми, лімфогранулематозу та ін.).*

*Сприятливим фактором* є: - переохолодження; - ослаблення організму після тривалої хвороби тощо.

Окремо розрізняють ревматичні, травматичні та токсичні плеврити***. Найчастше сухий плеврит є проявом туберкульозної інфекції (70-90 %), але може спостерігатися і при пневмонії, гнійних процесах, інфаркті легенів.***

**Класифікація**

* ***За характером процесу:*** **-**сухий (фіброзний);**-** ексудативний.
* ***За характером ексудату:***- серозний (трансудат);- серозно-фібринозний;

- гнійний;- гнильний;- геморагічний;- хільозний;- змішаний.

* ***За перебігом:***- гострий;- підгострий; - хронічний.
* ***За ускладненням:*** - ателектаз легені; - ГЛСН; - колапс; - шок; - набряк легень; - абсцес печінки, мозку; - септикопіємія; - зрощення (спайки) листків плеври.

**Сухий плеврит**

***Сухий плеврит -*** запалення плеври з утворенням на плеврі фіброзного нальоту та мінімальною продукцією рідини. Складає 6,5% всіх захворювань органів дихання. Сухий плеврит розглядають, як початок ексудативного плевриту.

***Ексудативний плеврит*** - запалення плеври з утворенням в плевральній порожнині ексудату. Ексудат спочатку скупчується внизу, далі поступово наростаючи, піднімається вгору і виповняє більшу частину плевральної порожнини.

**Ексудативний плеврит**

Цей термін використовується для опису скупчення запальної, як правило, серозної рідини у плевральному просторі. Пасивна транссудація рідини (транссудат) у плевральну порожнину (гідроторакс) трапляється у випадках серцевої недостатності, нефротичного синдрому, декомпенсованого цирозу печінки та тяжкої недостатності живлення.

***Основні причини*** ексудативного плевриту перелічені нижче:

1. Пневмонія (як правило, серознофібринозний ексудат).

2. Туберкульоз (серознофібринозний ексудат або геморагічний).

3. Злоякісні захворювання (геморагічний ексудат).

4. Інфаркт легенів (геморагічний ексудат).

5. Абсцес легенів (гнійний ексудат).

Плевральний випіт, нерідко двобічний, може також бути проявом ревматоїдного артриту, системного червоного вовчака та лімфоми. До плеврального випоту іноді призводять запальні ураження, розташовані нижче діафрагми, включаючи піддіаф рагмальний абсцес, амебний абсцес печінки, панкреатит.

**Медсестринський процес при сухому та ексудативному плевриті**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими

методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

* ***При сухому плевриті:***- ***різкий біль в грудній клітці*** (біль виникає внаслідок набухання листків плеври та їх тертя. Біль локалізований, гострий, колючий, *посилюється* при кашлі та глибокому диханні, при нахилянні тулубу в протилежний від ураження бік (симптом Шепельмана); - ***t0 тіла***- до 38,0**ο**С;

**- *кашель***- частіше сухий, іноді з відділенням невеликої кількості слизового харкотиння; - ***загальні симптоми інтоксикації***; - іноді ***гикавка.***

* ***При ексудативному плевриті:*** (початок захворювання поступовий або гострий): - ***гарячка***( t0 тіла – 39,0-40,0ο С); - ***сухий надсадний кашель;*** ***- відчуття тяжкості в грудях;*** - *коли ексудату небагато, то у пацієнта буде різкий колючий біль, як тільки, назбирається ексудат біль проходе (*тому, що тертя листків плеври не відбувається);- **головною скаргою** є ***задишка;***- ***загальні симптоми інтоксикації***;

**Б. Анамнестичні данні:**

**-**проникаючі поранення грудної клітки;**-**інфекційні захворювання легень (пневмонія, туберкульоз, пухлини, бронхоектатична хвороба тощо);**-**системні захворювання сполучної тканини;**-**пухлинні процеси; - інфаркт легені;**-**раптовий початок при сухому плевриті; - при ексудативному плевриті болі в грудній клітці поступово стихають в міру накопичення ексудату; - дані рентгенологічного обстеження.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

* ***При сухому плевриті:***- ***t0 тіла***- до 38,0**ο**С;**- *пацієнт лежить на ураженій стороні***; - ***відставання ураженої половини***грудної клітки в акті дихання (пацієнт щадить уражену сторону); - при***пальпації*** **та*перкусії***змін немає; - ***при аускультації***- *шум тертя плеври*(шум цей нагадує шум від тертя двох листків шкіри або хруст снігу під ногами); - ***на рентгенограмі***- без змін.
* ***При ексудативному плевриті:*** - ***t0 тіла***- до 39,0-40,0**ο**С;***пацієнт лежить на ураженій стороні***; - ***шкіра***- бліда;- ***при значних випотах***- помітне вирячування хворої сторони; - ***на стороні випоту*** - грудна клітка відстає при диханні; - при ***пальпації***- різке послаблення або відсутність голосового тремтіння; при ***перкусії***- ділянка тупості над ексудатом; при ***аускультації***- дихання над ділянкою тупості відсутнє, над межею випоту - крепітація і шум плеври; - ***при значному скупленні ексудату*** - виявляється зміщення органів середостіння в протилежний від випоту бік; - ***в аналізі крові*** - лейкоцитоз, прискорення ШОЄ до 40-60 мм за год.;

- ***рентгенологічно***- виявляється затемнення над ексудатом (метод інформативний тільки, якщо кількість ексудату перевищує 500 мл). При меншій кількості ексудат можна виявити при УЗД.

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - різкий біль в грудній клітці, який посилюється під час кашлю, дихання; - кашель; - гарячка; - озноб; - задишка; - загальна слабкість тощо.

**Потенційні проблеми:** - страх перед плевральною пункцією; - можливе виникнення плевральних спайок, емпієми плеври тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- різкий біль в грудній клітці, який посилюється під час кашлю, дихання; - кашель; - гарячка; - озноб; - задишка;

- загальна слабкість; - страх перед пункцією; - можливе виникнення плевральних спайок тощо, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу - Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта і взяття крові на ЗАК, БАК.

2. Підготовка пацієнта та інструментарію і участь у проведенні плевральної пункції (діагностичної). Направлення плевральної рідини на бакте­ріологічне, біохімічне, імунологічне дослідження.

3. Підготовка пацієнта до рентгенографії, УЗД органів грудної клітки, пункційної біопсії плеври, плевроскопії, комп'ютерної томографії.

4. Контроль за санітарним станом палати. Проводять провітрювання палати. Створення комфортних умов для пацієнта. Режим ліжковий.

5. Контроль і допомога в дотриманні ним правил особистої гігієни.

6. Контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР.

7. Допомога пацієнтові в харчуванні. Дієта № 15 з обмеженням пиття.

8. Змащування шкіри 5% спиртовим розчином йоду, зігрівальні компреси, гірчичники, новокаїнові блокади при сухому плевриті.

9. Бинтування нижніх відділів грудної клітки для зменшення болю від тертя листків плеври при сухому плевриті.

10. Контроль за положенням пацієнта (на хворому боці).

11. Переодягнення пацієнта, допомога при пересуванні.

1. Здійснюють догляд за шкірою. Проводять профілактику пролежнів.
2. Виконання лікарських призначень.
3. *Лікування основного захворювання*:

14.1. Медикаментозне у випадку сухого і ексудативного плевритів:

- НПЗП (натрія диклофенак, бутадіон, ібупрофен, індометацин, мелоксикам, целекоксиб);

-протикашльові (лібексин, діонін, етилморфіна гідрохлорид, кодеїн);

- фізіопроцедури (, солюкс, індуктотермія, електрофорез).

- усунення болю(анальгін, триган);

- жарознижувальні(аспірин);

- дезинтоксикаційна терапія;

- загальноукріплююча терапія;

14.2. У випадку ексудативного плевриту:

- ГКС (за показанням);

- сечогінні (фуросемід, урегіт, манітол).

15. Залежно від етіологічного чинника - внутрішньовенне введення:

15.1. Неспецифічний плеврит - АБ (аміноглікозиди: тобраміцин, амікацин, гентаміцин; пеніциліни: бензилпеніцилін).

15.2. Алергічний плеврит - преднізолон або метилпреднізолон + гепарин

15.3. Панкреатогенний плеврит - контрикал, гордокс, амінокапронова кислота.

16. Участь у лікувальній пункції плевральної порожнини при ексудативному плевриті.

17. Санаторно-курортне лікування.

18. Оперативне: - дренування плевральної порожнини; - плевроектомія з резекцією легені.

19. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта.

20. Навчання пацієнта вправ дихальної гімнастики з метою запобігання утворення спайок між листками плеври.

**Значення плевральної пункції в діагностиці та лікуванні.**

Вагомим діагностичним методом є плевральна пункція, що дозволяє зро­бити висновки про наявність і характер випоту. Осад пунктату досліджу­ють цитологічно. Збільшення числа нейтрофілів в ексудаті свідчить про чого нагноєння (емпієма плеври). Перевага еозинофілів у випоті вказує на алергіч­ний плеврит. Під час плевритів пухлинного походження виявляють атипові клітини і велику кількість еритроцитів. Мікробіологічні дослідження і посів ексудату, в тому числі і на спеціальні середовища, а також біологічні проби дозволяють підтвердити й ідентифікувати збудників. У пунктаті досліджу­ють кількість білка. Аналіз плевральної рідини складається з макроскопічного, фізикохімічного, мікроскопічного, а іноді - мікробіологічного і біологічного досліджень.

Плевральна рідина у здорової людини має колір соломи, в патології може мати характер серозний, фібринозний, гнійний, гнильний, геморагічний, хільозний та змшаний (наприклад, серознофібринозний). Вміст протеїну буває показником стосовно того, що являє собою випіт - ексудат (понад 30 г/л) або транссудат (менше 30 г/л). Крім того, при ексудативному плевриті характерна позитивна проба Рівальта (випадає в осад серозомуцин при контакті ексудату з краплиною оцтової кислоти). Важливе значення має інформація про переважний тип клітин (нейтрофіли, еозинофіли, лімфоцити, еритроцити); плевральна рідина завжди повинна перевірятися на наявність злоякісних клітин.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Прогноз**

Прогноз переважно сприятливий. Якщо той чи інший плеврит зумовле­ний злоякісним захворюванням чи системним ураженням сполучної тканини (червоний вовчак), то прогноз несприятливий. При інших етіологічних чин­никах прогноз може бути сприятливий повністю або частково.

**Профілактика плевритів**:

- рання діагностика та лікування основного захворювання, що привело до

розвитку плевриту; - здоровий спосіб життя; - загартування; виключати професійні шкідливості; - санітарно-освітня робота тощо.

**Диспансеризація.**

Після перенесеного плевриту хворі протягом 2-3 років знаходяться на диспансерному обліку. Хворі, які перехворіли на сухий плев­рит нез'ясованої етіології, повинні бути під контролем фтизіатра.

***Рак легень***

***Рак легень* -**злоякісна епітеліальна пухлина легені, яка розвивається або з покривного епітелію слизової оболонки бронхів, або з епітелію слизових залоз стінки бронхів (бронхогенний рак), або з альвеолярного епітелію (власне «легеневий» рак).

Рак легеньє одним із найбільш поширених у світі захворювань (40 на 100 000 населення) і займає перше місце в структурі онкологічних захворювань в Україні. Хворіють частіше (в 5-7 разів) чоловіки і представники міського населення. Частіше хворіють люди віком 50-70 років. *У нашій країні у чоловіків рак легень посідає друге місце після раку шлунка, третє місце у жінок після раку матки та органів травлення*. Рак легень є головною причиною смертності чоловіків середнього віку. У різних регіонах Україні захворюваність на цю патологію різна і коливається у великих межах. Найчастіше зустрічається це захворювання в Кіровоградській, Чернігівській, Херсонській і Запорізькій областях. Рідше воно трапляється у Волинській, Рівненській і Закарпатській областях. За кордоном рак легень частіше зустрічається в США, Англії, Канаді, Угорщині, Польщі, Хорватії, Росії. У цих країнах він знаходиться на першому місці серед злоякісних новоутворень. Рідко рак легенів розвивається в населення країн Азії і Африки (Танзанія, Нігерія, Судан).

*Щорічно в світі від раку легень вмирає близько 5 млн людей.*Він є найчастішою причиною смерті хворих у терапевтичному стаціонарі. Неухильний ріст захворюваності і смертності від раку легень зумовлює велику актуальність проблеми діагностики, лікування і профілактики цього захворювання, подальшого вдосконалення медичних і загальнодержавних заходів у боротьбі з цією страшною недугою.

**Етіологія**

Етіологія раку легень до сьогодні не з'ясована.

***Сприятливі фактори***:

- запиленість, загазованість атмосфери міст; - травми; - дія канцерогенних речовин; - спадковість; - вірусна інфекція; - професійні шкідливості (виробни-чий пил, хімічні кан­церогени, електромагнітні поля, іонізуюча радіація, забруд-нення повітря спо­луками хрому, кадмію, миш'яку); - хронічні запальні процеси в легенях (пневмосклероз, хронічний бронхіт, бронхоектази); - перебування в зоні з підвищеною радіацією; - імунодефіцитні стани; - куріння (пасивне і активне) - (встановлено пряму залежність між частотою раку і кількістю випаленого тютюну. У літе­ратурі наводяться такі дані про смертність від раку легенів (на 1 млн насе­лення): ті, що не курять - 12,8; ті, що викурюють 0,5 пачки на добу, - 229; 2 пачки на добу - 264. Зараз відомо, що люди, які викурюють по 20 та більше сигарет за день протягом 20 і більше років, становлять групу найбільшого ризику щодо роз­витку цього захворювання).

**Класифікація**

***За локалізацією: -***центральний; ***-*** перефиричний; - медіастинальний; - верхів-ковий; - міліарний; - карциноматозний.

***За клінічними стадіями:***

І - пухлина менша 2 см в діаметрі, що не проросла у плевру, метастазів немає;

ІІ - пухлина діаметром 4-5 см, що не проросла у плевру, але дає поодинокі метастази в реґіонарні вузли;

ІІІ - пухлина проросла в легеню, вросла в один із сусідніх органів і дає множинні метастази у віддалені лімфовузли;

IV - тотальне ураження легені пухлиною з проростанням у сусідні органи, метастази у віддалені органи.

***За метастозуванням: -***в печінку;***-***в наднирники; - в кістки; - в мозок.

**Медсестринський процес при раку легень**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

Рак легені не має специфічних симптомів, тобто патогномонічні симптоми раку легені відсутні. Часто пухлина буває значно поширена, протікаючи безсимптомно. Перші симптоми обумовлені місцевим впливом центрально розташованої пухлини та запальним процесом в легеневій тканині. Ці симптоми неспецифічні, але вони примушують хворих звернутись до лікаря і провести дослідження. До перших симптомів належать місцеві симптоми: кашель, кровохаркання, біль в грудній клітці, задишка.

**Скарги пацієнта:**

***- кашель*** - Кашель з’являється відносно пізно і розвивається після проростання або стиснення сусіднього крупного бронху. Але з моменту виникнення це *постійний* симптом раку легень (надривний, виснажливий, нападоподібний надсадний, гавкаючий і переважно виникає вночі). Кашель спочатку сухий, потім з виділенням слизисто-гнійного харкотиння, *«малинове* *желе*»; - ***біль у грудній клітці*** різного характеру; - ***задишка***з’являється та наростає поступово, дуже частий симптом, іноді може бути основною проблемою пацієнта до моменту смерті; - ***кровохаркання***; - ***підвищення*** t0 тіла; - ***загальна слабість***; - ***пітливість***; - ***похудіння***; - ***швидка втомлюваність.***

**Б. Анамнестичні дані :**

- співвідношення статі Ч:Ж=5-7:1; - розвиток поступовий; - наявність будь-якого етіологічного фактору.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

***Під час огляду*** хворого: - на **ранніх стадіях***змін не виявляють*, але **згодом** привертають увагу ***схуднення***; ***блідість шкіри об­личчя***;

- на **пізніх стадіях**: - ***землисто-сірий колір шкіри*** з ***ціанозом губ***; - ***розширення дрібних вен обличчя***; - ***набряки шиї***; - ***розширення підшкірних вен*** - ознака колатерального кровообігу, що вказує на підвищений тиск у верхній порожнистій вені.

- ***підвищення t0 тіла*** (при розвитку вторинних запальних процесів);

- **при пухлині у верхівці легені** (пухлина Панкоста): ***болючість при рухах*** в плечовому суглобі, плечі, пальцях; - ***атрофія м’язів*** дистальних відділів руки;

- ***звуження***очних щілин, зіниць;

- **при прогресуванні:** ознаки ракової інтоксикації (***кахексія***), матастазів, ускладнень;

- **при розпаді пухлини**: ***в харкотинні*** можуть бути прожилки або згустки крові;

- ***задишка***;

- уражена половина ***відстає в акті дихання***;

- **при перкусії** (за наявності периферичного раку значних розмірів) - ***притуплений звук***, інколи ***коробковий перкуторний звук***;

- **при аускультації**: - дихання може бути ***ослаблене***або ***не прослуховується***; - у разі розпаду пухлини і утворення порож­нин - ***бронхіальне дихання***; - ***свистячі хрипи*** (при неповній закупорці середніх і великих бронхів); - ***вологі хрипи*** (за наявності перифокального запалення).

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - нападоподібний надсадний, гавкаючий кашель з відход-женням невеликої кількості слизисто-гнійного харкотиння; - біль у грудній клітці різного характеру; - задишка; - кровохаркання;- підвищення t0 тіла; - загальна слабість; - зниження апетиту. Усі вони з’являються в занедбаних стадіях раку.

**Потенційні проблеми:** - легенева кровотеча; - поява метастазів у плевру;

- скупчення ексудату в плевральній порожнині; - можливе утворення пролежнів тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- нападоподібний надсадний, гавкаючий

* кашель з відходженням невеликої кількості слизисто-гнійного харкотиння; - біль у грудній клітці різного характеру; - задишка; - кровохаркання; - підвищення t0 тіла; - загальна слабість; - зниження апетиту, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу - Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта і взяття крові на ЗАК, БАК.

1. Підготовка пацієнта і взяття мокротиння на виявлення атипових клітин.
2. Підготовка пацієнта і взяття промивних вод з бронхів для цитологічного дослідження.
3. Підготовка пацієнта до:

- рентгенографії; - бронхоскопії з біопсією; - комп’ютерної томографії, спеціальних методів обстеження (КТ, МРТ, ПЕТ, ангіографія, радіоізотопна остеосцинтіграфія, трансторакальна пункція, трансбронхіальна пункція, торакоскопія, медіастіноскопія, парастернальна діагностична торакотомія).

1. Контроль за санітарним станом палати. Створення пацієнту комфортних умов.
2. Допомога в пересуванні і виконанні гігієнічних заходів.
3. Забезпечення дотримання ліжкового режиму при тяжкому перебігу.
4. Постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t° тіла, АТ, РS, ЧДР, зважування пацієнта.
5. При надсадному кашлі - підвищене положення.
6. При легеневій кровотечі: пацієнта повернути на уражений бік, заспокоїти, заборонити розмовляти; холод на грудну клітку.
7. При болю у грудній клітці: відволікальні бесіди та своєчасне введення знеболювальних.
8. При задишці - оксигенотерапія.
9. Забезпечення повноцінного харчування.

13.1. Виконання призначень лікаря - лікування залежить від клінічної стадії:  
13.2. Оперативне (радикальне) - у І-II клінічній стадії.

13.3. Оперативне (паліативне) + хіміо- та променева терапія - у III клінічній стадії.

13.4. Консервативне (симптоматичне) - для поліпшення страждань пацієнта у термінальній стадії.

**Після хірургічного лікування хворих на рак легені I стадії п'ятирічне виживання складає близько 65%, а медіана виживаності – 8 років. При недрібноклітинному раку легені II стадії п'ятирічний термін спостереження переживають 41% хворих, при ІІ Б стадії, яка відзначається у 30-40% оперованих хворих, п'ятирічне виживання не перевищує 15%, а при ІІІ Б стадії воно складає 5%.**

13.5. Протипухлинна терапія (цисплатін, карбоплатін, паклітаксел, етопозід, вінорельбін, доксорубіцин, циклофосфамід, метотрексат, гемзар). Хіміотерапевтичне лікування проводиться стандартними схемами, до яких входять 3-4 препарати. Виконують 4-6 циклів введення препаратів.

13.6. Дезінтоксикаційна терапія.

13.7. Загальнозміцнювальна терапія.

13.8. Симптоматична терапія.

14. Вирішення супутніх проблем і потреб.

15.Проведення бесіди з оточенням (рідними) пацієнта про своєчасне знеболю-вання, забезпечення оксигенації в разі порушення дихання.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Прогноз**

Тривалість життя хворого на рак легень не перевищує 2-3 років, в основному до 1 року, але є й блискавичні його форми - 1-3 місяці.

Смерть настає внаслідок інтоксикації, метастазування і ускладнень.

З ***ускладнень***, насамперед, слід виділити геморагічний плеврит, кровотечу легень, абсцес легень, ателектаз, а також метастазування у різні органи і тканини, переважно в головний мозок. Тривалість життя неоперованих хворих не перевищує 1-1,5 року. ***За***умов хірургічного лікування п'ятирічне виживання хворих при І стадії 70 %, при II стадії - 40 % і при III стадії - 15-20 %.

**Профілактика раку легень:**

- зменшення загазованості атмосферного повітря; - боротьба з професійними шкідливостями на промислових підприємствах, у гірничорудній промисловості;

- проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення; - диспансерний нагляд за особами з передраковими станами; - систематичні профілактичні огляди населення віком понад 35 років, і тих, хто курить, зокрема флюорографія;

- пропагування здорового способу життя.

У випадку діагностики передракового захворювання легень лікар-терапевт або пульмонолог повинен такого хворого поставити на диспансерний облік за Ф-30 і призначити спеціальне лікування виявленого захворювання. Надалі необхідно проводити періодичні профілактичні огляди 4 або 3 рази на рік (відповідно діючого наказу МОЗ). Хворі з хронічними запальними процесами потребують періодичного консервативного лікування з метою профілактики переродження в злоякісну пухлину. Таким хворим необхідно проводити онкопрофогляд 2-3 рази на рік, не знімаючи з диспансерного обліку. З метою профілактики раку легень хворих з довго існуючими хронічними гнійними процесами (абсцес легень, бронхоектатична хвороба, кавернозний туберкульоз) і з доброякісними пухлинами необхідно направляти в стаціонар для хірургічного лікування. Після проведеного радикального оперативного лікування хворі спостерігаються впродовж року і тільки через рік, після ретельного обстеження, знімаються з диспансерного обліку.

***Диспансеризація.***

Виділяють декілька клінічних диспансерних груп онкологічних хворих:

**І** - хворі із захворюваннями, підозрілими на злоякісні новоутворення;

**Іа**- хворі із передпухлинними захворюваннями; **II -** хворі із злоякісними пухлинами, які підлягають спеціальному лікуванню; **ІІа** - хворі із злоякісними пухлинами, які підлягають радикальному лікуванню; **III** - практично хворі, які вилікувались від раку; **IV** - хворі, які підлягають паліативному лікуванню.

Диспансерізація хворих після радикального лікування проводиться: через місяць після операції, потім перший рік – кожні 3 місяці, другий та третій рік – кожні півроку, в подальшому – 1 раз на рік. Під час відвідування або госпіталізації хворим показане комплексне пульмонологічне обстеження, яке включає фізікальне, рентгенологічне, бронхологічне, цитологічне обстеження, дослідження функції зовнішнього дихання.

**Експертиза працездатності**.

Хворих з IV стадією раку переводять на І інвалідності; з ІІ-ІІІ стадіями - на II групу; після пульмоскопії - на III. Після закінчення курсу лікування хворі ще протягом року непрацездатні.

***Туберкульоз легень***

***Туберкульоз легень***- специфічне інфекційне захворювання легень, яке спричиняється туберкульозною паличкою (*Mycobacterium tuberculosis*).

Туберкульоз е причиною високих показників тимчасової та стійкої втрати працездатності, потребує довготривалого комплексного лікування.

Захворювання перебігає із періодичними загостреннями, вражає людей різних соціальних груп. Боротьба з туберкульозом не припиняється і ця проблема так і залишається актуальною. Він передається через повітря при вдиханні людиною цих бактерій, що містяться в краплях мокротиння, які утворюються при кашлі або чиханні хворого на заразну форму ТБ. Не усі форми ТБ є заразними. Хворі на ТБ інших органів, ніж легені, рідко є заразними для інших, як і особи з латентним ТБ (див. нижче). Деякі хворі на ТБ легень є заразними, особливо ті, в яких МБТ можна виявити при простому мікроскопічному дослідженні мазка мокротиння; цих людей називають «позитивними за мазком». Ризик інфікування залежить в основному від того, наскільки тривалою та сильною є дія МБТ. Найвищим цей ризик є у тих людей, які довго та близько контактують удома з хворими на заразну форму ТБ.

За даними ВООЗ, у світі нараховується 15-20 мл. пацієнтів на туберкульоз. Щорічно вмирає 600-800 тис. чоловік, а з`являється 7 млн. нових пацієнтів. Упродовж більшої частини двадцятого сторіччя кількість повідомлень про ТБ неухильно зменшувалася, але в останньому десятиріччі ця тенденція не збереглася. У деяких расових групах спостерігається набагато вища захворюваність на ТБ, ніж в інших, і, незалежно від етнічного походження, це захворювання більше поширено серед тих, хто знаходиться у складних соціальних обставинах.

*З 1995 року в Україні проголошена епідемія туберкульозу – захворюваність на туберкульоз стрімко збільшувалась і перевищила епідемічний поріг – 50 випадків на 100 тис. населення. З 1995 року рівень захворюваності на туберкульоз збільшився майже удвічі і в 2005 році, коли реєстрували найвищий рівень цього показника, становив – 84,1 випадку на 100 тис. населення. В результаті реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки протягом 4 років в Україні досягли суттєвих позитивних зрушень щодо епідеміологічної ситуації з туберкульозу. З 2006 року відзначається повільне зменшення показників захворюваності та смертності. У 2011 році захворюваність на туберкульоз становила 67,2 випадку на 100 тис. населення, смертність від туберкульозу – 15,3 на 100 тис. населення.*

*Водночас, на фоні поступової стабілізації епідемічного процесу, на сьогодні загрозу становить поширення мультирезистентного туберкульозу. За даними ВООЗ, в Україні мультирезистентний туберкульоз мають 16% хворих, яким вперше встановили діагноз туберкульозу, та 44% хворих із рецидивом захворювання.*

**Етіологія**

**Збудник**

Збудником туберкульозу є ***мікобактерії***, відкриті в 1882 р. німецьким ученим Робертом Кохом.

- ***Туберкульозна паличка*** (ВК, бацили Коха, *Mycobacterium tuberculosis*) дуже стійка у зовнішньому середовищі. Мікобактерії туберкульозу (МБТ) є аеробами, але за несприятливих умов можуть існувати й без кисню. Оптимальна температура для їх існування 37°С. Особливо добре зберігаються у висохлому харкотинні. У сирих і темних приміщеннях можуть зберігатись 6-12 місяців. На сторінках книг живе 2-3 місяця. Під дією сонячного проміння вони гинуть протягом короткого часу. Чутливі до високої температури і дезінфікуючих розчинів. Зокрема, при t0 70°С гинуть через 6-8 год., під час кип'ятіння свіжого харкотиння - через 5 хв. Висохле харкотиння знезаражують протягом 45 хв.

***Існують типи******мікобактерій****:* - людські; - пташині; - бичачі; - мишачі.

Для людини патогенні перші 3 типи, особливо людський і бичачий.

Більш ніж у 80% людей імунна система вбиває МБТ, й вони видаляються з організму. У невеликій кількості випадків навколо інфекції будується захисний бар’єр, і МБТ не гинуть та перебувають у «сплячому» стані. Таку ситуацію називають латентним ТБ; дана особа є ані хворою, ані заразною. Іноді під час первинного інфікування, коли захисний бар’єр ще не побудований, МБТ потрапляють до кровотоку і можуть переноситися до інших частин організму – кісток, лімфатичних вузлів або мозку. Латентний ТБ присутній у третини населення світу – близько двох мільярдів людей.

**Епідеміологія**

***Перша ланка епід. процесу*** - зараження. **Головне джерело** - *хворий на відкриту форму туберкульозу*. Туберкульоз передається через повітря при вдиханні людиною цих бактерій, що містяться в краплях мокротиння, які утворюються при кашлі або чиханні хворого на заразну форму ТБ. Не усі форми ТБ є заразними. Хворі на ТБ інших органів, ніж легені, рідко є заразними для інших, як і особи з латентним ТБ (див. нижче). Деякі хворі на ТБ легень є заразними, особливо ті, в яких МБТ можна виявити при простому мікроскопічному дослідженні мазка мокротиння; цих людей називають «бактеріовиділювачами». Ризик інфікування залежить в основному від того, наскільки тривалим та інтенсивним є контакт з МБТ. Найвищим цей ризик є у тих людей, які довго та близько контактують удома з хворими на заразну форму ТБ. Зараження може бути від *хворої тварини через молочні продукти, суб продукти*.

**Хто захворює на ТБ?**

Захворіти на ТБ може будь-хто, але особливого ризику зазнають ті, хто має контакт з МБТ, та ті, хто менш здатний боротися з латентною інфекцією. Це:

* особи, які безпосередньо контактують із заразними хворими;
* особи, які жили у місцях, де ТБ є досі дуже поширений, їздять до таких місць або приймають гостей з таких місць;
* особи, які живуть в громадах етнічних меншин, що походять з місць, де ТБ дуже поширений;
* особи, імунна система яких ослаблена ВІЛ-інфекцією або іншими медичними проблемами;
* діти та літні люди, тому що їхня імунна система менш стійка;
* особи з поганим станом здоров’я і харчуванням через проблеми, пов’язані зі способом життя, зокрема через безпритульність, наркоманію або алкоголізм;
* особи, які у поганих житлових умовах або переповнених помешканнях, зокрема, ті, хто живе у гуртожитках.

***Ворота інфекції*: -**дихальні шляхи;**-**травний канал.

Захворіти на ТБ може будь-хто, але особливого ризику зазнають ті, хто має контакт з МБТ, та ті, хто менш здатний боротися з латентною інфекцією. Це:

* особи, які безпосередньо контактують із заразними хворими;
* особи, які жили у місцях, де ТБ є досі дуже поширений, їздять до таких місць або приймають гостей з таких місць;
* особи, які живуть в громадах етнічних меншин, що походять з місць, де ТБ дуже поширений;
* особи, імунна система яких ослаблена ВІЛ-інфекцією або іншими медичними проблемами;
* діти та літні люди, тому що їхня імунна система менш стійка;
* особи з поганим станом здоров’я і харчуванням через проблеми, пов’язані зі способом життя, зокрема через безпритульність, наркоманію або алкоголізм; особи, які у поганих житлових умовах або переповнених помешканнях, зокрема, ті, хто живе у гуртожитках.

***Друга ланка епід. процесу***- шляхи проникнення МБТ в організм людини:

***1.*** **Аерогенне зара­ження** (80-90%), (через дихальні шляхи)буває двояке:

- ***повітряно-краплинне*** (найбільш небезпечне) - відбувається у разі спілкування здорової людини з хворим на туберкульоз, під час розмови, кашлю, чхання, коли краплини слини та харкотиння, які містять мікобактерії туберкульозу, з повітрям потрапляють у дихальні шляхи інших осіб.

***- повітряно-пилове*** - краплини слини поширюються на відстані 1,5-2,0 м і перебувають у повітрі протягом 1,0-1,5 год. Потім осідають на землю, висихають. У тако­му вигляді мікобактерії туберкульозу можуть зберігатись тривалий час, а потім під час сухого прибирання приміщення піднімаються у повітря з пилом і далі аерогенно потрапляють в організм здорової людини.

***2.*Аліментарне зараження**відбувається через продукти харчування (від хворих на туберкульоз тварин), у разі вживання сирого молока, м'яса (без належної термічної обробки) та користування інфікованим посудом.

***3.*Контактне** **зараження -**під час зіткнення із зараженим об'єктом мікобактерії можуть проникати в організм людини через шкіру та слизові оболонки (над­різи, подряпини), в хірургії, лаборантів, доярок, м’ясників.

***4.*** **Внутрішньоутробне зараження** від хворої матері, через уражену плаценту.

***3.*Третя ланка епід. процесу** - сприйнятливість до туберкульозу організму людини. Статистично інфікованість зростає з віком, чоловіки хворіють в 2-3 рази частіше за жінок. Жителі міст хворіють на 5-10% частіше, ніж сільські. Негативно впливає вологий холодний клімат, вживання їжі з недостатньою кількістю тваринного білка. В 2-3 рази частіше хворіють люди при спільному проживанні з хворими на туберкульоз. На частоту захворювання впливають інші хвороби: грип, кір, вірусний гепатит, коклюш, цукровий діабет, психічні травми, гіпофункція щитоподібної залози, виразкова хвороба, СНІД ( 50% хворих на СНІД хворіють на туберкульоз) - зниження захисних сил організму. Туберкульозу сприяють: алкоголізм, цинга, вагітність і пологи; соціальні умови; - недостатня рання діагностика;**-**недостатнє лікування та інш.

***Групи «медичного» ризику:***

* + *ВІЛ-інфіковані (щорічно ТБ реєструється у 3 – 5 % ВІЛ-інфікованих, які до цього не менше 12 міс. знаходилися на диспансерному обліку у лікаря-інфекціоніста, що відповідає річному показнику захворюваності 3 000,0 – 5 000,0 на 100 тис. населення та перевищує середньопересічний показник у 16 разів - коефіцієнт ризику захворювання 16;*
  + *Перехворілі на пневмонії та ексудативні плеврити протягом року після одужання - коефіцієнт ризику захворювання – 2;*
  + *Перехворілі на ТБ протягом терміну спостереження у кат. 5.1. - коефіцієнт ризику захворювання – 3,5;*
  + *Контактні з вогнищ ТБ – коефіцієнт ризику захворювання 8;*
  + *Хворі на цукровий діабет – коефіцієнт ризику захворювання 1,4;*

***Групи «соціального» ризику:***

* *Особи без реєстрації та певного місця проживання (БОМЖі) – коефіцієнт ризику захворювання 12;*
* *Особи, які перебувають у місцях позбавлення волі – коефіцієнт ризику захворювання 10(8);*

*Звільнені з місць позбавлення волі протягом року після прибуття – коефіцієнт ризику захворювання 2(3).*

**Класифікація**

**За групами:**

***Група І:*** Туберкульозна інтоксикація у дітей і підлітків.

***Група ІІ:*** Туберкульоз органів дихання:

* первинний туберкульозний комплекс;
* туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів;
* десемінований туберкульоз легень;
* підгострий і хронічний десемінований туберкульоз легень;
* вогнищевий туберкульоз легень (40-50%);
* туберкульома легень - поодинокі або численні інкапсуловані округлої форми вогнища більше як 1 см.
* інфільтративний туберкульоз легень (25-40%);
* фібринозно-кавернозний туберкульоз легень;
* циротичний туберкульоз легень;
* туберкульозний плеврит;
* туберкульоз верхніх дихальних шляхів, трахеї, бронхів тощо;
* туберкульоз органів дихання, комбінований з пилевим та професійними захворюваннями легень.

***Група ІІІ:*** Туберкульоз інших органів і систем.

***За характеристикою туберкульозного процесу:***

-*за локалізацією* і *протяжністю* у частках легенів і сегментів

***-****за фазами:* - активна: інфільтрація, розпад, обсеменіння; - розрішення: розсмоктування, ущільнення, рубцювання, звапнення.

- *за бациловиділенням:* - з виділенням (МТ+, ВК+); - без виділення (МТ-, ВК-).

***Різновидність туберкульозу****:* - вперше діагностований туберкульоз; - загострення туберкульозу; - рецидив туберкульозу; - хронічний туберкульоз.

***За ускладненнями:*** - легенева кровотеча (кровохаркання);***-***спонтанний пневмоторакс; - легенево-серцева недостатність; - ателектаз; - амілоїдоз; - ниркова недостатність;нориці бронхіальні, торакальні тощо

***За залишковими явищами:*** - кальцинати в легенях; - плевропневмосклероз;

- цироз легені; - бронхоектази тощо.

**Медсестринський процес при туберкульозу легень**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими

методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

Захворювання може починатися безсимптомно, поступово або гостро. Часто це захворювання протікає приховано.

**Ранні симптоми:** - ***загальне нездужання***;- ***зниження або втрата апетиту***;

-***втомлюваність***; - ***знижена працездатність.***

Скоро до цього приєднуються *характерні для туберкульозу симптоми*:

- ***підвищення***t0 тіла (різниця між ранковою і вечірньою t0 тіла досягає декілька градусів, наприклад при казеонозній пневмонії до 39-400 С);-***холодний нічний піт,***симптом мокрої подушки (один із ранніх симптомів); - ***кашель***(сухий або з виділенням харкотиння: слизове або гнійне); - ***схуднення;*** - ***кровохаркання;***

- ***задишка;***- ***біль у грудній клітці.***

**Симптомокомплекси, які потребують обов’язкого обстеження на туберкульоз:**

1. Бронхолегеневі симптоми:

* Кашель сухий або з виділенням харкотиння, який триває більше як 3 тижня.
* Біль в грудній клітці, пов’язаний з диханням.
* Кровохаркання, легенева кровотеча.

1. Симптоми інтоксикації, які тривають більше як 2 тижня.

* Фебрильна або субфебрильна температура тіла.
* Схуднення, втрата апетиту, підвищена пітливість.
* Слабкість.

**Б. Анамнестичні дані :**

- зниження опірності організму; - контакт із хворими на туберкульоз та бактеріоносіями; наявність туберкульозу у членів родини; - незадовільні умови праці та побуту; - тривалий субфебрилітет; - втрата маси тіла; - супутні хвороби, які є чинниками ризику по туберкульозу; - позитивна проба Манту (віраж); - дані рентгенологічного дослідження.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

***Огляд****:*на початку захворювання відхилень немає. Далі у більшості хворих можна виявити «сліди» туберкульозної інтоксикації: - ***t0 тіла*** - 37,2-37,50 С або 39-400 С;

- ***підвищений*** блиск очей; - ***рум’янець*** на блідих щоках; - ***кашель*** (сухий надсадний) покашлювання; - ***кровохаркання***; - при ***пальпації***- збільшення, спаювання зі шкірою лімфатичних вузлів шиї і пахвової западини. Шкіра хворих волога, холодна. М’язи поступово атрофуються; - ***при перкусії*** - притуплення перкуторного звуку; - ***при аускультації -***сухі або вологі хрипи; - ***зміна форми грудної клітки*** (відставання ураженої половини грудної клітки в акті дихання, запалі міжреберні проміжки); - ***понижена*** маса тіла; - ***виснаження***; - ***клінічний аналіз крові:*** лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, лімфопенія, моноцитоз;

- ***рентгенологічне дослідження***- темні вогнища різної величини (від горіха і більше) з тяжами лімфатичних шляхів.

Якщо, після фізікального обстеження виникає підозра на туберкульоз, необхідно направити пацієнта на дослідження харкотиння на КСБ 2 рази поспіль зранку. У випадку негативних результатів дослідження харкотиння при зберіганні підозри направляють хворого на рентгенологічне дослідження і консультацію в протитуберкульозний диспансер.

**Лабораторна та інструментальна діагностика туберкульозу**

***Основні методи діагностики:***

1. Мікроскопія мазка харкотиння.
2. Рентгенологічне дослідження.
3. Культуральне дослідження.
4. Туберкулінодіагностика.

Інші методи дослідження мають другорядне значення.

***Мікроскопія мазка харкотиння.***

Це важливий тест для виявлення туберкульозу, найбільш швидкий та економіч-ний. З метою діагностики беруть 2 аналізи харкотиння за стандартним графіком:

**І зразок** - хворий здає при зверненні в лікувальну установу під наглядом медпрацівника.

**ІІ зразок** - здає на другий день вдома вранці в контейнер, отриманий в перший день і приносить в лікувальну установу.

***Культуральне дослідження харкотиння*** - посів мазка харкотиння на поживні середовища. Позитивний результат отримують через 3 тижні, остаточний - через 8 тижнів.

***Рентгенологічне дослідження -*** використовують всі можливі методи (рентгенографія, рентгеноскопія, томографія, бронхографія).

Для масового обстеження населення використовують флюорографію.

Остаточний діагноз встановлюється мікробіологічними методами – шляхом вирощування МБТ з мокротиння або інших зразків на спеціальних поживних середовищах. Це не тільки підтверджує діагноз, а й дозволяє визначити, до яких саме протитуберкульозних препаратів (далі - ПТП) чутлива МБТ.

**Туберкулінодіагностика *(проба Манту).***

Проводять внутрішньошкірну пробу з 2 ТО ( 0,1 мл розчину). . Використовують очищений туберкулін у стандартному розведенні. Туберкулін виготовляють із суміші культур мікобактерій людського та бичачого типу. Результат читають через 72 години.

Дає уявлення про інфекованість та стан протитуберкульозного імунітету**.**

**Види реакції:**

***- негативна -***відсутність будь-якої реакції;

***- сумнівна -*** папула 2-4 мм, або поява гіперемії будь - якого розміру.

Негативна або сумнівна реакція свідчать про відсутність інфекованості або про пригнічений протитуберкульозний імунітет.

- ***позитивна реакція -***папула від 5 до 10 мм - ознака інфекованості або активної форми туберкульозу;

- ***виражена позитивна*** - папула більше як 14 мм;

- ***гіперергічна реакція*** - папула 17 мм у дітей і 20 мм і більше у дорослих.

Виражена позитивна та гіперергічна реакція свідчать про активну форму туберкульозу**.**

***Віраж проби Манту*** - перехід від негативної до позитивної реакції або ріст папули на 6 мм і більше.

**Позитивна реакція може бути:** - у інфікованих та хворих; - після вакцинації та ревакцинації на протязі 3-х років.

**Негативна реакція буває:** - неінфікованих; - при тяжких формах ТВС на фоні зниження реактивності (вторинна негативна анергія); - при біологічному виліковуванні - позитивна анергія; - у онкохворих; - при інфекціях: кір, краснуха, кашлюк, тиф, гепатит; - при вживанні кортикостероїдів; при кахексії; - при вагітності.

***ІІ етап сестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - гарячка; - кашель сухий; - кашель з виділенням харкотиння (слизове або гнійне); - загальна слабість; - втомлюваність; - холодний нічний піт; - схуднення; - кровохаркання; - біль у грудній клітці; - задишка; - втрата маси тіла.

**Потенційні проблеми:** - нудьга за домівкою, роботою у зв`зку з ізоляцією, можливе виникнення легеневої кровотечі тощо.

* **Складемо медсестринський діагноз:**- гарячка; - кашель сухий; - кашель з виділенням харкотиння: слизове або гнійне; - холодний нічний піт; - схуднення; - кровохаркання; - біль у грудній клітці; - задишка; - нудьга за домівкою, роботою у зв`зку з ізоляцією; - можливе виникнення легеневої кровотечі, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Проведення туберкулінодіагностики.

4. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень з етіотропної терапії та неспецифічного лікування.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та його оточення принципам співжиття при інфекційному захворюванні.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта і взяття мокротиння для загальною аналізу, бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень.

2. Підготовка пацієнта і взяття промивних вод бронхів та шлунка, сечі, калу, цереброспінальної рідини (при інших формах туберкульозу) для бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень з метою виявлення мікобактерій.

1. Рентгенографія органів грудної клітки.
2. Проведення проби Манту.
3. Лікування проводиться в протитуберкульозному диспансері (2-3 міс. - 6-8 міс. і більше) або амбулаторно під наглядом медичних працівників.
4. Контроль за санітарно-епідемічним станом у палаті. Створення комфортних

умов для пацієнта.

1. Постійний контроль за провітрюванням приміщення, його прибирання

(поточна дезінфекція), кварцування палати.

1. Контроль і допомога в дотриманні пацієнтом дієти: дієта № 11, збільшення

кількості повноцінних білків тваринного походження, посилене вітамінізоване харчування: свіжі овочі, фрукти; молоко, вершкове та рослинне масло.

1. Контроль за збиранням і знезаражуванням мокротиння, плювальниць пацієнтів із відкритими формами туберкульоз легень.

9. Постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта; загальний стан, вимірювання t0 тіла, АТ, Р, ЧДР.

1. Переодягання та обтирання у разі пітливості.
2. Тепле питво і содові інгаляції при кашлі.
3. Проведений оксигенотерапії при задишці, дихальна гімнастка.
4. Підвищене положення, холодне питво при кровохарканні.
5. Виконання призначень лікаря з етіотропної та симптоматичної терапії:

а). застосування ліків:**протитуберкульозні антибіотики**(поділяються на 3

групи):

- ***першого ряду***– ізоніазід (H), рифампіцин (R), піразінамід (Z), стрептоміцин (S), етамбутол (Е) ;

-***другоого ряду*** – циклосерин, флоримицин, канаміцин, етіонамід, піразинамід, этоксид, тиоацетазон, солютизон. Їх зазвичай призначають у тих випадках, коли виявляється нечутливість мікобактерій туберкульозу до препаратів 1 ряду.

б). **симптоматична терапія:**

- ***протикашльові*** (лібексин; препарати кодеїну: кодеїн, кодтерпін; препарати що містять препарати кодеїну: пенталгін, седалгін);

- ***відхаркувальні*** (настій із корення алтеї, трави термопсису, листя подорожника, амброксол, бромгексин, мукалтин);

- ***антигістамінні*** ***засоби***( димедрол, супрастин);

- ***нестероїдні протизапальні засоби*** (диклофенак натрію, індометацин, месулід, целекоксит);

-***кровоспинні*** (дицинон, вікасол, амінокапронова кислота);

- ***вітаміни***(групи В, РР);

- ***глюкокортикоїдні засоби***(преднізолон, метилпреднізолон);

- ***при болях***(анальгін, ортофен, баралгін, пенталгін, промедол, тенталгін);

- ***бронхолітичні засоби***(еуфілін, теофілін, сальбутамол, солутан);

- ***переливання***-плазми, альбуміну, альвезину, ліпофундину, рефортану;

- ***імуномодулятори*** (тималін, спленін, Т-активін)

в). **аеротерапія**(один из основних методів кліматотерапії ) - пацієнт на тубер-кульоз погано переносять вологий клімат, сильний вітер;

г). ЛФК та загартування.

1. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта
2. Роз'яснення пацієнтові та його оточенню необхідності таких заходів:

- необхідність обстеження контактних (членів родини);

- необхідність ізоляції пацієнта у разі відкритої форми туберкульозу;

- необхідність диспансерного спостереження.

17. У разі неефективного консервативного лікування призначають оперативне втручання.

1. Необхідність санаторно-курортного лікування (з помірним кліматом у сосновому лісі, Сухумі, Південне узбереження Криму).
2. Навчання пацієнта і його оточення принципів співжиття при інфекційному захворюванні.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Прогноз**

Прогноз туберкульозу легень залежить від його форми, своєчасності розпізнавання хвороби, правильності застосованого лікування, особливос­тей умов життя, праці. За несприятливих умов, особливо при кавернозній формі туберкульозу, прогноз хвороби менш сприятливий, оскільки при цьому виникають амілоїдоз, легенево-серцева недостатність, легеневі кро­вотечі тощо.

**Ускладнення при лікуванні:**

- ***погіршують слух***(стрептоміцин);

- ***погіршують***зір (етамбутол);

- ***погіршують функції печінки***(майже всі препарати).

**Ускладнення туберкульозу:**

- ***легенева кровотеча;***- ***легенева недостатність;***- ***серцева недостатність;***

- ***пневмоторакс***; - ***кровохаркання;*** - ***хронічне легеневе серце*** ***тощо.***

**Профілактика**

**1. Неспецифічна: -**санітарно-просвітна робота;**-**боротьба із забрудненням навколишнього середовища;**-**особиста гігієна;**-**підвищення життєвого рівня населення;**-**підвищення загальної резистентності організму.

Санітарна профілактика включає також оздоровлення осередків туберкульозної інфекції, ветеринарний нагляд за домашніми тваринами, санітарно-просвітницьку роботу.

Важливе місце в профілактиці туберкульозу належить своєчасному роз­пізнаванню захворювання, ізоляції та лікуванню вперше виявлених хво­рих на туберкульоз, флюорографічному обстеженню населення, яке почи­нають із 15-річного віку.

До санітарної профілактики відносять заходи у вогнищі туберкульозу.

**2.** **Специфічна профілактика: - *вакцинація***(на 3 день життя дитини)***і ревакцинація*** (в 14 років). Перед ревакцинацією проводять пробу Манту. Ревакцинація проводиться тільки при негативній пробі;**- *хіміопрофілактика***(необхідна особам, котрі перебувають у контакті з пацієнтами, людям з підвищеною чутливістю до туберкуліну, пацієнтам на неактивну форму туберкульозу). Використовують для цієї цілі *ізоніазид, ПАСК*.

**ДОТС-стратегія в Україні (наказ МОЗ України**

№ **384 від 09.06 2006р.)**

1. Постійна підтримка програми боротьби з туберкульозом із боку уряду і регіональних органів управління охороною здоров’я.

2.Виявлення випадків захворювання туберкульозом за допомогою мікроскопічного дослідження харкотиння всіх хворих, що звернулись в медичну установу з підозрою на туберкульоз.

3. Проведення стандартного режиму лікування від 6 до 8 місяців у всіх хворих із позитивним мазком харкотиння під безпосереднім спостереженням медичних працівників.

4. Регулярне безупинне забезпечення всіма необхідними протитуберкульозними препаратами.

5. Стандартна система реєстрації і звітності для проведення оцінки як результатів лікування, так і програми боротьби із туберкульозом вцілому.

**Адаптована ДОТС-стратегія України**

Передбачає не тільки виявлення та лікування туберкульозу, але і його профілактику. Діагностика не тільки заразних форм туберкульозу методом мікроскопії мазку, але й його малозаразних форм бактеріологічним та рентгенологічним методами та незаразних форм туберкульозу у дітей та ВІЛ-інфікованих за допомогою туберкуліно-діагностики.

Для лікування мультирезистентного туберкульозу передбачена програма ДОТС-плюс.

***Пневмоконіоз***

***Пневмоконіози*** - це хронічні захворювання, які викли­каються тривалим вдиханням і відкладанням в легенях пилу з подальшим розвитком дифузного фіброзу.

**Класифікація пневмоконіозів**

***За видом пилу:***

1. Силікоз (пил кварцу, тобто кремнезему).

2. Антракоз (пил вугільний).

3. Силікатоз (асбестоз, талькоз, цементний, недиференційований, Аl, Мg, Fе).

4. Сидероз (пил заліза).

5. Алюміноз (пил алюмінію).

6. Карбоконіози (пил графіту).

7. Металоконіози (пил металу).

8. Пневмоконіози від змішаного пилу (добування і обробка руди та при інших виробничих процесах).

9. Пневмоконіози від органічного пилу (біосинози - пил бороша, зерна).

***За характером протікання*:**

1) швидкопрогресуючі;

2) повільнопрогресуючі;

3) пізні.

***За формою ретгенологічних змін:***

1) вузликова;

2) вузлова;

3) інтерстиційна.

**Силікоз**

***Силікоз*** - найчастіше і найтяжче пи­лове захворювання легень, пов'язане з вдиханням агресивного двоокису крем­нію (кварцу), що викликає розвиток вузликового фіброзу.

**Етіологія**

**Зустрічається**:

- серед робітників гірничорудної промисловості, машинобудівної промисловості (дробоструйники, обрубники тощо); - у виробництві вогнестійких матеріалів, при розмолі піску, проходженні тунелів.

**Час розвитку** силікозу коливається в широких межах: у гірників силікоз може виникнути при стажі роботи 3-10 років, у обрубників порід - 1-4 роки, у формувальників - 10-30 років.

***Частота виникнення, швидкість розвитку захворювання і ступінь ура­ження легень***залежать від умов праці, дисперсності і концентрації кварцевого пилу й індивідуальної реактивності організму.

**Медсестринський процес при силікозі**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими

методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

Клінічні прояви силікозу часто незначні, що великою мірою ут­руднює ранню діагностику захворювання.

**Скарги:** - ***за­дишка*** (часта скарга); - пізніше ***напади ядухи*** ; - ***біль***у грудній клітці (спочатку непостійний, і має характер поколювання, пізніше - стискаючого характеру, відчуття скованості в грудній клітці); - ***загальна слабкість***; - ***пітливість***; - ***кашель*** (спочатку сухий, стійкий з виділенням великої кількості гнійного харкотиння); - ***кровохаркання*** (рідко!) -10-20%.

**Б. Анамнестичні дані:**

- прояви силікозу часто незначні; - дають можливість з'ясувати етіологічнімоментизахворювання.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

- ***при огляді*** грудної клітки - емфізематозна форма; - ***при перкусії*** - коробковий звук над ділянками емфіземи і притуплений - над ділянками фіброзу; - ***при аускультації легень:*** над емфізематознами ділянками послаблене дихання, над ділянками притуплення - жорстке дихання, вологі хрипи; - ***при аускультації*** ***серця***- послаблені серцеві тони, акцент ІІ тону над легеневою артерією, функціональні серцеві шуми над верхівкою; - ***АТ*** - гіпотонія; - ***зміни з боку ШКТ***: порушення функцій печінки, моторної та секреторної функцій шлунка та кишок.

***Rg-дані:***

**1 стадія** - легеневий малюнок переважно в середніх і нижніх відділах посилений і деформований, тіні вузликового характеру, корені легень помірно ущільнені;

**2 стадія** - легеневі поля емфізематозні, дифузна деформація легеневого малюнку, численні тіні вузликового характеру, корені розширені, ущільнені;

**3 стадія** - в верхніх і нижніх відділах масивні, не однорідні затемненя. в нижніх - емфізема, корені не диференціюються.

**Ускладнення:**

- силіко-туберкульоз; - пневмонії; - спонтанний пневмоторакс; - легеневе серце; - бронхіальна астма; - рак легень; - емфізема легень тощо.

**Силікатози і інші пневмоконіози.**

У даний час, крім силікозу, є досить багато інших пневмоконіозів: силікатози, пов'язані з дією пилу силікатів; антракоз (карбоконіози) - з дією пилу вугілля, сажі, графіту; металоконіози - пилу металу та біосинози - з дією органічного пилу (борошно, зерно, цук­рова тростина тощо).

Між силікозом і іншими пневмоконіозами є багато спільного, особливо в клініко-рентгенологічних проявах хвороби, але є і відмінності. Як правило, при несилікатичних пневмоконіозах стаж роботи більший, ніж при силікозі, ступінь значного фіброзного процесу, за даними рентгенологічного дослід­ження, значно менший, рідше зустрічається ІІ-а і, особливо ІІІ-я стадії хворо­би. Дещо відрізняється і характер рентгенологічної картини. Майже для всіх некварцевих несилікотичних пневмоконіозів типова перевага інтерстиціальних змін над вогнищево-вузловими, рідко утворюються великі зливні затем­нення. Рідкістю є великі силікотичні вузлики.

Є відмінності і в клінічних проявах. Як правило, несилікотичні пневмо­коніози мають більш легкий клінічний перебіг (виключення - асбестоз), рідше і повільніше прогресують, але можуть мати зворотний розвиток. Слід відміти­ти також, що несилікотичний пневмоконіозний процес, порівнюючи з силіко­зом, менш схильний до ускладнень туберкульозом, при цьому перебіг остан­нього легший, ніж при силікотуберкульозі. Але більшість пневмоконіозів суп­роводжуються більш значними порівняно з силікозом ураженнями бронхіального дерева (розвиваються пилові бронхіти). Частіше, ніж при силі­козі, спостерігається бронхіальна астма.

***ІІ етап сестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - за­дишка; - ядуха; - біль у грудній клітці; - загальна слабкість; - пітливість; - кашель; - кровохаркання.

**Потенційні проблеми:** - можливе виникнення легеневої кровотечі, силіко-туберкульозу, пневмонії, спонтанного пневмотораксу, легеневого серця, бронхіальної астми, раку легень, емфіземи легень тощо.

* **Складемо медсестринський діагноз:**- за­дишка; - ядуха; - біль у грудній клітці; - загальна слабкість; - пітливість; - кашель; - кровохаркання, можливе виникнення легеневої кровотечі, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

7. Навчання пацієнта та його оточення принципам співжиття при інфекційному захворюванні.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта і взяття мокротиння для загальною аналізу, бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів дослідження.

3. Створення комфортних умов для пацієнта.

4. Контроль за провітрюванням приміщення, його прибирання.

5. Контроль і допомога в дотриманні пацієнтом дієти (молочні продукти, які містять казеїн і ліпотропні речовини).

6. Контроль за збиранням мокротиння в плювальницю пацієнтів.

9. Постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта; загальний стан, вимірювання t0 тіла, АТ, Р, ЧДР.

10. Переодягання та обтирання у разі пітливості.

11. Тепле питво і содові інгаляції при кашлі.

12. Проведений оксигенотерапії при задишці, дихальна гімнастка.

13. Підвищене положення, холодне питво при кровохарканні.

Виконання призначень лікаря (терапія силікозу повинна бути комплексною і передбачати відновлення порушених функцій, попередження виникнення туберкульозу, а також спроби діяти на патогенетичні ланки хвороби з метою гальмування і прогресування):

- ***вітамінотерапію*** (аскорбінова кислота, вітамін Р, нікотинова кислота);

- ***гормональна терапія*** (кортизон, пред­нізолон);

- ***антибіотики***(якщо є супутні запальні захворювання);

- ***протеоліптичні ферменти***(трипсин, хімотрипсин);

- ***бронходилагатори*** (ефедрин, папаверин, еуфілін, платифілін);

-***протитуберкульозні засоби*** (рифампіцин, ПАСК, фтівазид);

- ***відхаркувальні засоби*** (настій із корення алтеї, трави термопсису, листя подорожника, амброксол, бромгексин, мукалтин);

- **оксигенотерапію;**

- ***фізіопроцедури*** (УФО, електрофорез з адреналіном на ділянку шийних симпатичних вузлів, ультразвук на грудну клітку);

- **дихальна гімнастика;**

- **масаж;**

-***кисневмісні суміші***.

1. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта
2. Навчання пацієнта та його оточуючих само- і взаємодогляду.
3. Санаторно-курортне лікування лікування при 1-2 ст. (Казахстан, Євпаторія, Алупка, Лівадія, Ялта, Алушта, Феодосія, Массандра).

**Профілактика:**

- провітрювання підзем­них виробок; - перехід на "вологе" буріння; - обладнання ефективною вентиляцією; - попередні і пері­одичні профілактичні медичні огляди робітників, які професійно стикаються з пилом; - застосування респіраторів; - контроль за дотриманням особистої гігієни; - профілактичні, підкріплюючі курси лікування (повторні курси інгаляцій, регулярна дихальна гімнастика, систематич­не заняття спортом, ультрафіолетове опромінення грудної клітки в осінньо-зимовий період); - на роботи, де є контакт з пилом не приймають осіб, яким не виповнилося 18 років, а також осіб із захворюваннями верхніх дихальних шляхів і бронхів, різними формами туберкульозу та з захворюваннями серцево-судинної системи

***Медсестринський процес при захворюваннях серцево-судинної системи***

**Основні симптоми захворювань органів кровообігу:**

* ***біль в ділянці серця і за грудниною***(біль може бути різним за характером, локалізацією, іррадіацією, умовами виникнення і локалізації больового синдрому)***;***
* ***ціаноз***(на пальцях рук, ніг, губ, кінчиках носа)**;**
* ***набряки***(частіше виникають на ногах, у поперековій ділянці, на передній черевній стінці, у тяжких випадках спостерігається анасарка)***;***
* ***серцебиття***(на початкових стадіях спостерігається тільки при фізичному навантаженні, а пізніше уже у стані спокою)***;***
* ***застійне збільшення печінки***(в результаті недостатності правого шлуночка)**;**
* **задишка, кашель, вологі хрипи в нижніх частках легень з обох боків -**є наслідком недостатності лівих відділів серця***(хронічний застій крові в легенях).***

***Артеріальна гіпертензія***

***Артеріальна гіпертензія*,** за визначенням Комітету експертів ВООЗ, - це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск.

***Есенціальна гіпертензія***(первинна гіпертензія або гіпертонічна хвороба) — це підвищений артеріальний тиск при відсутності очевидної причини його підвищення.

***Вторинна гіпертензія***(симптоматична) — це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

Артеріальна гіпертензія - одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. Так, дослідження, проведені Інститутом кардіології ім. М.Д. Стражеска, виявили, що підвищений (>140/90 мм рт. ст.) артеріальний тиск мають майже 44% дорослого населення.

Стандартизований за віком показник поширеності АГ серед працездатного населення України становить 34,1%; серед чоловіків – 34,7%; серед жінок – 33,4%.

***Гіпертонічна хвороба***(первинна гіпертензія або ессенціальна гіпертензія)- захворювання, головним признаком якого єсть підвищення АТ, обумовлене порушенням регуляції тонусу судин і роботи серця і не зв’язана з органічними захворюваннями яких-небудь органів або систем організму. Це одна із форм артеріальної гіпертензії (АГ).

25 % населення земної кулі хворіють на артеріальну гіпертензію (АГ), з них 40 % випадків становлять симптоматичні АГ.

*За даними офіційної статистики МОЗ на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12122512 хворих на АГ, що складає 32,2% дорослого населення країни. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ –більше, ніж удвічі в порівнянні з 1998 р. та на 170% у порівнянні з 2000 роком. Зростання поширеності АГ є свідченням ефективної роботи закладів охорони здоров’я, які надають первинну медичну допомогу, з виявлення артеріальної гіпертензії.*

*Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу (ХСК) у дорослих (18 років і більше) становить 46,8%**(найвищі показники в Львівській і Хмельницькій областях — 53,7 і 52,0% відповідно, найнижчі — у Київській і Чернігівській областях — 40,4 і 42,1% відповідно), тобто, майже половина пацієнтів з ХСК має підвищений АТ. З практичної точки зору найбільше значення мають комбінація АГ з ішемічною хворобою серця (ІХС) та цереброваскулярними хворобами ЦВХ). У 2010 році поширеність комбінації АГ та ІХС, серед дорослого населення становила 63,3% випадків, захворюваність — 58,8%.*

Серед осіб з підвищеним АТ знають про наявність захворювання 67,8% сільських і 80,8% міських мешканців, лікуються відповідно, 38,3% та 48,4%, ефективність лікування складає 8,1% та 18,7%.

*Економічні збитки, зумовлені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю від АГ та пов`язаних з нею це цебро-васкулярних захворювань перевищують 2 млрд. грн. на рік.*

Проблема АГ є нині національною. Указом Президента в Україні в 1999 р. введено національну програму «Профілактики і лікування АГ», метою якої є зниження захворюваності та смертності від ускладнень АГ, підвищення тривалості та якості життя пацієнта. Вона - одна з головних проблем медицини не лише через значну поширеність, а й тому, що є передумовою таких небезпечних наслідків, як інфаркт міокарда, інсульт, аритмії, раптова смерть. Усі вони є актуальними проблемами для медичної сестри на будь-якому місці роботи.

**Етіологія**

***Фактори, які сприяють артеріальній гіпертензії:***

* **Вік**. Існує позитивна залежність між АТ і віком. Систолічний АТ постійно зростає з віком.
* **Стать.**Середні рівні АТ і поширеність АГ у жінок молодого і середнього віку дещо менші, ніж у чоловіків. Пізніше ця залежність змінюється аж до реверсії.
* **Спадковість –**один з найвпливовіших факторів майбутнього розвитку АГ. Виявлено тісну кореляцію між АТ найближчих родичів (батьки, брати, сестри).
* **Маса тіла.** Кореляція між масою тіла і рівнем АТ пряма, значна і стійка. Надлишкова маса асоціюється з 2-6 кратним підвищенням ризику виникнення АГ.
* **Аліментарні фактори:**
* *Кухонна сіль.*Її вживання понад фізіологічну норму позитивно корелює з рівнем АТ.
* *Інші мікроелементи.*Існує зворотний зв'язок між вживанням К+, Са2+ та Mg 2+ і рівнем АТ.
* *Макроелементи:*білки, жири, вуглеводи, харчові волокна. Переважання в харчовому раціоні овочів та фруктів, риби, білого курячого м'яса, обмеження вживання тваринних жирів, холестерину і солодощів сприяє зменшенню рівня АТ.
* *Кава та кофеїн.*Відновлення пресорного ефекту кофеїну відбувається через декілька годин після вживання кави. АГ виникає втричі частіше серед тих, хто вживає від 1 до 5 чашок кави на день порівняно з тими, хто не вживає кави взагалі. Кофеїн, що міститься в міцній каві, підвищує ДАТ у чоловіків з гіпертензією на 8 мм рт.ст., а у осіб з нормальним АТ – на 3 мм рт. ст.
* *Алкоголь.*Вживання алкоголю прямо корелює з рівнем АТ, причому як епізодичне, так і хронічне. Залежність між вживанням алкоголю і поширеністю АГ має вигляд J-подібної кривої. Частота АГ найменша серед осіб, що вживають алкоголь в окремих випадках, і поступово зростає в залежності від зростання щоденної кількості вживаних алкогольних напоїв.
* **Паління.**Нікотин різко підвищує АТ навіть у завзятих курців. Ефект кожної сигарети триває біля 30 хвилин. Вже на 1-й хвилині після її випалювання САТ підвищується на 15 мм рт. ст., а на 4-й – на 25 мм рт. ст. При однакових рівнях АТ мозковий інсульт та ІХС у осіб, що палять, виникає в 2-3 рази частіше, ніж у тих, хто не палить.
* **Психосоціальні фактори.**Стрес сприяє підвищенню АТ. Проте поки що невідомо, чи призводить тривалий стрес до довготривалого підвищення АТ.
* **Соціально-економічний статус.**В країнах із розвинутою економікою визначається зворотний зв'язок між АТ і рівнем освіти, доходів та професійним статусом. Разом з тим, в країнах перехідного і доперехідного періоду визначається значна розповсюдженість АГ серед забезпечених верств населення. Досвід більшості країн свідчить, що зі зростанням економіки в суспільстві реєструється неухильне підвищення рівнів АТ і поширеності АГ серед малозабезпечених верств населення.
* **Фізична активність.**У осіб, що ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення АГ на 20-50% вищий, ніж у фізично активних. Фізичні навантаження під час виконання професійних обов'язків сприяють підвищенню АТ, а фізична активність в години дозвілля – навпаки. Регулярні аеробні фізичні навантаження є досить ефективним засобом немедикаментозного лікування АГ.

**Артеріальний тиск залежить від:**

- хвилинного об’єму серця; - числа серцевих скорочень; - стану периферійного опору судин; - об’єму циркулюючої крові.

У здорових постійно функціонує декілька фізіологічних систем для підтримання артеріального тиску на нормальному рівні. Дисбаланс цих механізмів і приводять до підйому АТ.

***Нормальні показники АТ становлять*** - від 90/60 до 139/89 мм рт. ст.

**Класифікація артеріальної гіпертензії за рівнем АТ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Категорії** | **САТ мм.рт.ст.** | **ДАТ мм.рт.ст.** |
| **Оптимальний** | < 120 | < 80 |
| **Нормальний** | < 130 | < 85 |
| **Високий нормальний** | 130-139 | 85-89 |
| **Гіпертензія:** |  |  |
| **І ступень (м’яка АГ)** | 140-159 | 90-99 |
| **2 ступень (помірна АГ)** | 160-179 | 100-109 |
| **3 ступень (тяжка АГ)** | ≥ 180 | ≥ 110 |
| **Ізольована систолічна АГ** | ≥ 140 | ≤ 90 |

Згідно з цією класифікацією, артеріальною гіпертензією є підвищення САТ до 140 мм рт. ст. і вище або ДАТ до 90 мм рт. ст. і вище, якщо таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірюваннях АТ (не менш ніж 2–3 рази у різні дні протягом 4 тижнів).

Класифікація АГ за рівнем артеріального тиску вказує на ступінь його підвищення (не на стадію захворювання).

**Класифікація:**

***І. За періодами морфологічних змін:***

1. Функціональні порушення.

2. Морфологічні зміни в артеріолах.

3. Морфологічні зміни в органах, які живляться зміненими артеріями і артеріолами.

***2.*Перебіг ГХ:**(

***Класифікація ІІІ стадій повільно прогресуючої гіпертонічної хвороби:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Стадія І** | Об’єктивні ознаки органічних уражень органів-мішеней відсутні |
| **Стадія ІІ** | Є об’єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції:  *Гіпертрофія лівого шлуночка* (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії), або *генералізоване звуження артерій сітківкі*, або мікроальбумінурія чи *протеїнурія* та/або невелике збільшення концентрації креатині ну в плазмі (у чоловіків 115-133 мкмоль/л, у жінок 107-124 мкмоль/л) |
| **Стадія ІІІ**  **Серце**  **Мозок**  **Очне дно**  **Нирки**  **Судини** | Є об’єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней з симптомами з їх боку та порушенням функції:  Інфаркт міокарда, серцева недостатність ІІА – ІІІ ст.  Інсульт, транзиторна ішемічна атака, гостра гіпертензивна енцефалопатія. Хронічна гіпертензивна енцефалопатія ІІІ стадії. Судинна деменція.  Крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної фази артеріальної гіпертензій).  Концентрація креатині ну в плазмі у чоловіків >133 мкмоль/л, у жінок >124 мкмоль/л  Розшарування аорти |

**Тактика м/с при виявленні артеріальної гіпертензії:**

***якщо вперше виявлено підвищення АТ*** – понад 140/85 мм рт. ст., насамперед необхідно виміряти АТ ще 2-3 рази протягом місяця. Люди, в яких при 1 вимірюванні виявлено достатньо високий АТ – 180/110 мм рт. ст. або вищий, або в них є інші захворювання ССС - таких пацієнтів без зволікань слід направити до сімейного лікаря.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими

методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги:**

Тривалий час ГХ перебігати без жодних клінічних ознак. Часто ГХ виявля- ють під час обстеження чи «Д» огляді з інших причин. Інші пацієнти відчувають підвищення АТ під час або після фізичних чи психоемоційних навантажень.

**Клінічні прояви:** - ***головний біль*** - тупий, буває зранку після сну (*локалізація**болю* - у потилиці, скронях, лобній чи тім`яній ділянках); - ***тяжкість у голові;***

- ***запаморочення***(внаслідок порушення тонусу судин мозку і розладу церебрального кровообігу); - ***шум у вухах***(внаслідок спазму мозкових судин);

- ***стомлюваність;*** - ***безсоння;*** - ***підвищена психічна збудливість;*** - ***серцебиття;*** - ***тупий біль у ділянці серця;*** ***оніміння й похолодання кінцівок; - відчуття пересування мурашок по шкірі***(парастезії).

***В), Анамнестичні дані:***

- дія етіологічного фактора;

**перебіг:**

- ***доброякісний:*** повільне прогресування, тривала стадія стабілізації, лікування ефективне;

- ***злоякісний:*** перебіг швидкий з високим АТ, в тому числі діастолічним, швидко розвиваються ускладнення, трривалівсть життя значно зменшується.

***С). Об’єктивно:***

***- при огляді***: у багатьох хворих шкіра і видимі слизові оболонки мають звичайний колір. А в деяких при підвищенні АТ обличчя буває переважно червоним (червона гіпертензія), в інших унаслідок різкого спазму артеріол воно стає блідим (бліда гіпертензія);

- ***АТ*** - підвищений відповідно до ступенї; - ***PS*** - твердий, частий;

- зміни з боку серця (глухість тонів, акцент ІІ тону на верхівці)

- з боку очей – зниження зору на ІІ – ІІІ стадіях.

***ІІ етап* *медсестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - головний біль; - тяжкість у голові; - стомлюваність; - шум у вухах; - тупий біль у ділянці серця; - запаморочення; - загальна слабкість тощо

**Потенційні проблеми:** - можливі нові загострення; - можливі гіпертонічні кризи; **-** можливі інші ускладнення: інфаркт міокарда, інсульт, ГСН, відшарування сітківки, гостра ниркова недостатність.

* **Складемо медсестринський діагноз:**- головний біль; - тяжкість у голові; - стомлюваність; - шум у вухах; - тупий біль у ділянці серця; - запаморочення; - загальна слабкість, можливі гіпертонічні кризи, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем.

6. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення само- та взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК.

2. Підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, проби за Зимницьким.

3. Підготовка пацієнта до ЕКГ, ФКГ, R-графії органів грудної клітки, УЗД серця, офтальмоскопії.

4. Створення пацієнтові комфортних умов. Режим - залежить від стадії та ускладнень.

5. Контроль та допомога пацієнтові у дотриманні правил особистої гігієни.

6. Допомога пацієнтові в дієтичному харчуванні, дієта № 10.

7. При головокружінні, загальній слабкості - ліжковий режим, підтримування під час пересування.

8. Догляд при кровотечі з носа - холод, тампонада носа, епсилон - амінокапронова кислота, дицинон.

9. При нудоті - ліжковий режим. Догляд за ротовою порожниною, положенням пацієнта під час блювання.

10. ***Виконання призначень лікаря:***

10.1. Допомога пацієнтові у проведені ***немедикаментозного лікування***:

- усунення негативних, психоемоційних і психосоціальних стресових ситуацій;

- нормалізація МТ, обмеження вживання алкоголю;

- припинення куріння;

- регулярні динамічні фізичні навантаження.

10.2. Психорелаксація, раціональна психотерапія (прогресивна м’язева релаксація, аутотренінг, медитивна методика, лікування з використанням біологічного зворотного зв’язку).

10.3. Голкорефлексолікування.

10.4. Точковий масаж, шіацу-терапія.

10.5. Фізіотерапія: електросон,магнітотерапія, електрофорез, УВЧ на синокаротидну ділянку, діадинамічні струми, індуктотермія ділянок нирок диск-індуктором, дециметрові хвилі на ділянку нирок, ультразвук на ділянки нирок, СМС на ділянки нирок.

10.6. Саунолікування.

10.7. Гіпоксичні тренування в барокамері.

10.8. Фітотерапія: магнолія біла, омела біла, кропива собача, сухоцвіт багновий, валеріана, горобина чорноплідна, астрагал пухнастий, береза, брусниця, глід, калина, меліса.

4.2 ***Медикаментозне лікування:***

**Препарати першої лінії (життєво-необхідні):**

4.2.1. ***β-адреноблокатори***: *кардіоселективні* (атенолол, метопролол, карведілол, бісопролол, небіволол).

4.2.2. ***Діуретики:*** діхлотіазид, хлортіазид, гідрохлортіазид, фуросемід, спіронолактон, тріамтерен, амілорид, клопамід, індапамід, тикринафен.

4.2.3. ***Антагоністи кальцію***: І покоління - ніфедипін, верапаміл, дилтіазем;

ІІ покоління - амлодипін, нікардипін, німодипін, лерканідіпін.

4.2.4. ***Інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту***: *середньої тривалості*

*дії* - каптоприл; *продовженої дії* - еналаприл, периндоприл, трандолаприл,

лізіноприл, раміприл.

4.2.5***. Блокатори постсимпатичних а1-адренорецепторів***: празозин, доксазозин.

4.2.6. ***Антагоністи рецепторів ангіотензину ІІ***: лозартан, ірбесартан, вальсартан.

**Препарати другої лінії:**

4.2.7. ***Прямі вазодилятори:*** гідралазин, дигідралазин, міноксиділ.

4.2.8. ***а2- антагоністи центральної дії*** (стимулятори ạ2- адренорецепторів): клонідина гідрохлорид, метилдопа.

4.2.9. **Симптоматичне:**

- ***алкалоїди раувольфії*** (резерпін);

- ***гуанетидинові сполуки*** (гуанетидин).

4.2.10. ***Активатори калієвих каналів***: нікорандил, міноксидил, діазоксид.

4.2.11. ***Простенон, циклетанін.***

4.2.12. ***Гангліоблокатори:*** арфонад, бензогексоній, пентамін.

4.3. ***Екстракорпоральне лікування:*** плазмаферез, низькооб’ємна гемофільтрація, ізольована ультрафільтрація крові.

4.4. Санаторно-курортне лікування (радонові, сірководневі, хлоридно-натрієві, йодо-бромні, вуглекислі, кисневі, жовті скипідарні ванни) - ***курорти України:*** Ялта, Одеса. Слов’янськ, Закарпаття.

***Пам’ятка!*** Лікування гіпертонічної хвороби довготривале.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та його оточення само- та взаємодогляду. Мати самому терпеливості і привчати до терпеливості пацієнта

**Харчові компоненти DASH-дієти**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид їжі** | **Приклади** |
| **Злаки та зернові продукти** | Цільний пшеничний хліб, хліб грубого помолу, крупи та рослинні волокна, вівсяна крупа  **Забезпечує енергією та рослинними волокнами** |
| **Овочі** | Помідори, картопля, морква, горох, гарбуз (кабачок); брокколі, ріпа, листова капуста, шпінат, квасоля (боби)  **Джерела калію, магнію і волокон** |
| **Фрукти** | Абрикоси, банани, фініки, виноград, апельсин, грейпфрути, манго, диня, персики, яблука, сливи (чорнослив), родзинки, суниця і мандарини  **Джерела калію, магнію та волокон** |
| **Продукти з низьким вмістом жиру та знежирені молочні продукти** | Знежирене або 1 % молоко, знежирена сироватка або йогурт, частково знежирений сир  **Багаті джерела кальцію та білків** |
| **М'ясо, домашня птиця, риба** | Брати тільки пісне, вилучати жир, тушкувати або варити, але не жарити, знімати шкіру з птиці  **Багате джерело білків і магнію** |
| **Горіхи, боби, насіння** | Мигдаль, фундук, арахіс, грецький горіх, насіння соняшнику  **Джерело білків і волокон** |

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Прогноз**

Прогнозгіпертонічної хвороби при своєчасному і регулярному лікуванні, особливо на початкових стадіях хвороби, сприятливий. Прогноз погіршується при появі ускладнень (значних розмірах серця, серцевій недостатності, ураженні нирок, порушеннях мозкового та серцевого кровообігу), недостатньому контролі гіпертензії.

**Диспансеризація пацієнтів:**

- пацієнт знаходиться під постійним наглядом сімейного лікаря; дільнична медична сестра ЗПСМ повинна навчати пацієнта на ГХ дотримувати режиму дня, дієти;

- 1 раз на рік пацієнта повинен оглядати офтальмолог, двічі на рік пацієнта

повинні оглядати невропатолог, уролог; рентгенологічне дослідження серця і органів грудної клітки. Періодичність огляду сімейного лікаря: І стадія – 1 раз на рік, при ІІ стадії 1 раз на 6 місяців, при ІІІ стадії 1 раз на 3 місяці. При кожному огляді програма додаткового обстеження: загальний аналізи крові, сечі, цукор крові, ЕКГ, креатинін крові.

**Профілактика:**

- нормалізація режиму праці та відпочинку; - повноцінний сон; - дотримання режиму харчування; - виключення з раціону алкоголю, солодощів; - включення в раціон овочів, ягід, морських продуктів, сиру, олії; - дотримання дієти з розвантажувальними днями, голодуванням (під контролем лікаря); - дозоване фізичне навантаження (фізичні вправи, плавання, ходьба).

**Дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Категорії продуктів** | **Рекомендовані продукти**  **та страви** | **Бажана кількість** | **Продукти обмеженого вибору** | **Продукти та страви, які слід уникати** |
| Жири | Олії: оливкова, соняшникова, кукурудзяна, льняна. | До 1-2 столових ложок загалом на день | Вершкове масло не більше 20 г на добу, спреди. | Тваринні жири ( смалець, яловичий, баранячий жири, тверді маргарини), частково гідрогенізовані рослинні жири (трансжири). |
| М'ясо | Нежирна яловичина, кролик, індичка, курка без видимого жиру та шкірочки у відвареному вигляді. | 1порція на день, іноді 2 порції на день | Молода баранина, телятина, пісна свинина, пісна шинка, страви із м'ясною начинкою, варені ковбаси, сосиски. | Жирне м'ясо та птиця, паштети, копчені та сирокопчені ковбасні вироби, смажені, копчені, мариновані м'ясні вироби. |
| Яйця | Яйця у стравах, білкові омлети. | 2-3 яйця на тиждень | Яйця у відвареному вигляді. | Смажені, яєчня. |
| Риба та рибопродукти | Всі види риби, в тому числі жирна морська риба, приготовлена на пару, відварена. | 1 порція (100 г) на день | Запечена риба без шкірочки, заливна, мідії, омари, креветки, кальмари. | Смажена риба, копчена, солона риба, оселедець, ікра. |
| Молочні продукти | Молоко та кисломолочні продукти до 1% жирності, йогурти з натуральними наповнювачами, нежирна сметана у страви, кисломолочний сир до 5% жирності. | Кисломолочні напої – 1-2 порції на день, сир кисломолочний  70-100г на день | Знежирені сорти твердого сиру, сиркові десерти, ряжанка 2,5% жирності. | Жирна сметана, глазуровані сирки, жирний солоний твердий сир, згущене молоко, вершки, жирні кисломолочні продукти. |
| Фрукти, ягоди | Свіжі ягоди та фрукти, соки по сезону, сушені, заморожені фрукти та ягоди, соки без додавання цукру. | Не менше 3 порцій на день | Солодкі сорти яблук, соки без додавання цукру. | Фрукти у сиропі, консервовані та мариновані фрукти, джеми, варення. |
| Овочі | Овочі по сезону у свіжому, відвареному вигляді, приготовлені на пару, картопля із шкірочкою, бобові, заморожені овочі, зелень. | Не менше 3 порцій на день | Консервовані овочі без використання оцту; овочі та картопля, присмажені на олії, вимочена квашена капуста. | Соління, мариновані овочі, смажені на тваринному жирі картопля та овочі, чіпси картопляні, картопля фрі. |
| Злакові | Хліб із житнього борошна та пшеничного борошна ІІ ґатунку, страви із цільнозернових видів круп (вівсяна, гречана, пшоняна), нешліфований рис, макаронні вироби (із твердих сортів пшениці, гречані), пісні хлібобулочні вироби, галетне печиво. | До 5 скибочок хлібу на день та 1-2 порції каш (3 повних столових ложки) на день | Макаронні вироби із борошна вищого ґатунку, солодкі каші, пісочні та бісквітні тістечка, здобні вироби, приготовлені на рекомендованих жирах. | Хлібобулочні вироби із борошна І ґатунку, смажені пиріжки, кондитерські вироби з додаванням рослинних жирів, сухарики промислового виробництва. |
| Супи | Вегетаріанські овочеві та круп'яні супи. | 1 порція на день | Супи на знежиреному бульйоні, рибні супи із нежирної риби. | Супи на кісткових та м′ясних бульйонах, супи-пюре |
| Напої | Чай без цукру, неміцна кава без кофеїну, мінеральна негазована вода. | В межах загальної кількості рідини на день | Алкогольні напої в перерахунку на 20 г алкоголю, солодкі та газовані напої. | Міцна кава, чай, кава з вершками, какао. |
| Десерти | Фруктові салати, фруктове несолодке морозиво, заморожені соки. | 1-2 порції на день по сезону | Мед. | Вершкове морозиво, десерти з додавання цукру та вершків. |
| Кондитерські вироби | Лукум, нуга, карамельні цукерки, чорний шоколад. | До 30г на день | Мармелад, пастила, халва. | Ірис, кондитерські вироби з додавання вершкового масла та рослинних жирів, молочний шоколад. |
| Горіхи | Волоські, мигдаль, каштан, грецький горіх, кеш′ю, фундук, бразильський горіх. | 1-2 цілісні горіхи на день | Фісташки, арахіс. | Солоні горіхи. |
| Приправи | Пряні трави. | У страви по сезону | Гірчиця, перець, соєвий соус, нежирні соуси на рекомендованих жирах. | Соуси на бульйонах, майонез. |

***Гіпертонічний криз***

***Гіпертонічний криз* -**це раптове значне підвищення АТ від нормального або підвищеного рівня, яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи.

*Отже,*гіпертензивний криз – *це раптове значне підвищення АТ.*

**Основні чинники, які приводять до розвитку гіпертонічних кризів:**

- психоемоціональні стресові ситуації; - надмірне вживання повареної солі;

- зміни погоди та коливання атмосферного тиску (частіше регіструють ГК весіннє-осінні місяці рідше – взимку і літом); - припинення прийому клофеліну після лікування оптимальними дозами на протязі 3 місяців і більше; - раптова

відміна симпатолітиків (бета-блокатори, альфа-блокатори тощо); - введення діуретинів пацієнтам на феохромоцитому; - вплив інфекційних захворювань (під час епідемій грипу частота ГК зростає) та інш.

**Виділяють 3 типи порушення центральної гемодінамики при ГК:**

* ***гіперкінетичний*** (систолічний) - характеризується збільшенням ударного та хвилинного об’єму крові, збільшенням ЧСС при нормальному або зниженому ОПСС. Розвивається частіше при ГК І типу або нейровегетативному варіанті криза)***;***
* ***гіпокінетичний***(діастолічний) - характеризується підвищенням ОПСС при нормальному або навіть зниженому рівням ударного і хвилинного об’єму серця. Відмічається у пацієнтів при 3 стадії ГХ***;***
* ***еукінетичний***(систоло-діастолічний) - хвилинний і ударний об’єм серця суттєво не знижується, а ОПСС підвищено помірно. Розвивається у пацієнтів з ГХ 2 стадії. На фоні початково підвищеного систолічного і діастолічного АТ у цих пацієнтів частіше розвиваються порушення мозкового кровообігу з загальними руховими порушеннями, інтенсивним головним болем, нудотою, блювотою.

**Клінічна картина гіпертонічних кризів.**

**Виділяють 3 типи гіпертонічних кризів:**

***ГК першого типу -*нейровегетативний**, характеризується гіперкінетичним типом порушення гемодінаміки, він розвивається при ГХ 1 стадії. ***Виникає раптово*** на фоні задовільного стану пацієнта, без передвісників. ***Пацієнти скаржаться***: на різкий головний біль, мерехтіння «мушок» перед очима, нудоту, нерідко блювання, дрож по всьому тілу, біль в ділянці серця, серцебиття, відчуття страху, сухість у роті. Шкірні покрови гіперемійовані, вкриті потом, пізніше шкіра стає бліда. Пацієнт збуджений, пульс прискорений, напружений. Можливе підвищення температури тіла до субфебрилітету. Підвищений переважно систолічний тиск до 200 мм рт. ст. і вище, діастолічний тиск підвищується помірно на 20-30 мм рт. ст. Пульсовий тиск підвищений. Сечовипускання - виділення великої кількості світлої сечі.

***ГК другого типу -*** **водно-сольовий**, характеризується гіпокінетичним типом порушення гемодінамики, ускладнює перебіг ГХ 2-3 стадії. Для нього характерно ***менш гострий початок***, більш тривалий і тяжкий перебіг - від декілька годин до 4-5 діб. ***Кризу передує***: відчуття ознобу (без підвищення температури), м’язова слабкість, відчуття перебоїв і тяжкості в ділянці серця, зменшення діурезу, значна одутлість обличчя (переважно вранці). ***Під час кризу:***тяжкість у голові, різкий біль у потиличній ділянці, подавленність, скованість, дезорієнтація. сонливість аж до сопорозного стану***. Іноді відмічається:***парестезії, порушення чутливості, афазія, нудота, блювання. Пульс напружений, але не прискорений. Рівномірне підвищення систолічного і діастолічного тиску зі зменшенням пульсового.

***ГК третього типу -*судомний** (зустрічається рідко). Він є проявою або ускладненням злоякісної форми ГХ. ***Початок***- раптовий. ***Під час кризу:***нестерпний головний біль, біль в животі, головокружіння, блювання, іноді порушення зору. АТ підвищується до 250-300/140-170 мм рт. ст.. ***Продовжується -***від декількох годин до 2-3 діб, пацієнт втрачає свідомість, з`являються клонімо-тонічні судоми. По закінченню нападу пацієнт знаходиться деякий час без свідомості, відмічаються залишкові порушення зору, амнезія. Судоми могуть рецидувати. Іноді виникають крововиливи, уремія.

**Ускладнені гіпертензивні кризи**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Інфаркт міокарда |
| 2. | Інсульт |
| 3. | Гостра розшаровуюча аневризма аорти |
| 4. | Гостра недостатність лівого шлуночка |
| 5. | Нестабільна стенокардія |
| 6. | Аритмії (пароксизми тахікардії, фибріляції та трипотіння передсердь  шлуночкова екстрасистолія високих градацій) |
| 7. | Транзиторна ішемічна атака |
| 8. | Еклампсія |
| 9. | Гостра гіпертензивна енцефалопатія |
| 10. | Кровотеча (в т. ч. носова) |

***Неускладнені гіпертензивні кризи*** характеризуються відсутністю клінічних ознак гострого або прогресуючого ураження органів-мішеней, проте вони становлять потенційну загрозу життю хворого, оскільки несвоєчасне надання допомоги може призвести до появи ускладнень і смерті. Такі кризи супроводжуються, як правило, появою чи посиленням симптомів з боку органів-мішеней (інтенсивним головним болем, болями у ділянці серця, екстрасистолією) або з боку вегетативної нервової системи (вегетативно-судинні порушення, тремтіння, часте сечовиділення).

**Невідкладна допомога при гіпертонічних кризах.**

***Медична сестра повинна вміти надати долікарську допомогу при ГК, дотримуючись такої послідовності:***

- виміряти АТ;

- покласти пацієнта у ліжко з піднятим підголовником;

- **викликати лікаря**;

- надати психічний і фізичний спокій;

- поставити гірчичники на потиличну ділянку і литкові м`язи;

- зробити гарячі або гірчичні ніжні ванни; - зробити теплі ванни для рук;

- покласти холодний компрес до голови;

- приготувати необхідні лікарські препарати (під керівництвом лікаря медична сестра вводить пацієнту необхідні лікарські засоби).

**Список лікарських засобів для екстреного купіровання гіпертонічногокризу:**

* ***клофелін***-в/в 1 мл 0,01 % розчину у 10-15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
* ***дроперидол***- по 4-6 мл 0,25 % розчину у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду струминно, повільно**;**
* ***фуросемід***- 40-80 мг в/в повільно;
* ***пентамін***- в/в 1 мл 5 % розчину розчиняють у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 1-1,5 мл 2 % розчин бензогексонія;
* ***нітрогліцерин***- в/в розчинивши 6 мл 1 % розчину (3 ампули) препарату в 100 мл 5 % розчину глюкози;
* ***обзідан***- в/в 1 мл 0,1 % розчину у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
* ***верапаміл***- в/в струйно 2 мл 0,25 % розчину у 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

**Додаткові засоби для екстреного купіровання гіпертонічного кризу:**

* ***дибазол***-в/в 8-12 мл 1 % розчину у 10-15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
* ***магнія сульфат***- в/м 10 мл 25 % розчину;
* ***діазепам -*** в/в 4 мл 0,5 % розчину в 10-20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
* ***еуфілін***- в/в 10 мл 2,4 % розчину в 10-20 мл ізотонічного розчину

натрію хлориду.

**Повільне купіровання (на протязі декількох годин) гіпертонічних кризів.**

Повільне купіровання ГК (на протязі 12-24 годин) проводиться при неускладненому та не загрозливому перебігу. Для купіровання таких варіантів кризу застосовують засоби у формах для вживання внутрішньо.

Для цього застосовують тільки капсули, розчини і таблетки короткої дії. Капсулу або таблетку розжовують або розламують і кладуть під язик.

**Для повільного купіровання застосовують такі лікарські засоби*:***

* ***ніфедипін (корінфар, фінігедін*)**- 10 мг під язик, повторити через 30 хвилин;
* ***клофелін***- 0,15 під язик, повторити через 1 годину;
* ***каптопріл***- 25 мг.
* ***Фармадіпін - 2% розчин ніфедіпіну використовують по 2 – 10 крапель, тримати під язиком.***

Крім цих препаратів можна застосовувати дібазол 1 % розчин для в/м ін`єкцій, седуксен, валеріану, пустирник.

*В БУДЬ ЯКОМУ ВИПАЛКУ ЗНИЖЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ МАЄ БУТИ В ПЕРШІ 12 ГОДИН НЕ БІЛЬШЕ ЯК НА 25% ВІД ПОЧАТКОВОГО. ТЕРАПІЮ ПОТРІБНО ПОЧИНАТИ ЯКНАЙШВИДШЕ. КОНТРОЛЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРОВОДИТЬСЯ КОЖНІ 15 ХВИЛИН, ПРИ НЕЕФЕКТИВНОСТІ, АБО ПРИ ПОГІРШЕННІ СТАНУ НЕОБХІДНЕ РІШЕННЯ ЛІКАРЯ ПРО КОРРЕКЦІЮ ТАКТИКИ.*

***Атеросклероз.***

***Атеросклероз -*** це хронічне вогнищеве ураження артерій, яке характеризується накопиченням у субендотеліальному шарі артерій ліпопротеїдів і холестерину, реактивним розростанням сполучної тканини з утворенням фіброзних бляшок, наступним їх розривом, тромбозом, кальцинозом.

Термін «атеросклероз» походить від грецьких слів athere - кашка і sclerosis - твердий.

**Етіологія:**

Рівень холестерину крові вище 5,5 ммоль/л. на протязі багатьох років.

**Фактори ризику**

- вік 40-50 років і старше; - чоловіча стать (розвивається на 8-10 років раніше, ніж у жінок); - куріння; - ожиріння; - малорухомий спосіб життя; - генетична схильність; - цукровий діабет; - артеріальна гіпертензія, інфікування Helicobacter pilory.

**Класифікація:**

***І. За локалізацією:***

- атеросклероз коронарних артерій;

- атеросклероз артерій головного мозку;

- атеросклероз артерій кінцівок;

- атеросклероз артерій нирок;

- атеросклероз аорти.

***ІІ. За періодами:***

- початковий;

- клінічних проявів;

- ішемічна стадія;

- тромбонекротична стадія;

- склеротична стадія.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими

методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

**Загальні ознаки атеросклерозу:**

- при огляді: шкіра суха, витончена, зі зниженим тургором, зморщена, на шкірі повік, кистей атероматозні бляшанки.

**Залежить від того, які артерії є уражені:**

***Атеросклероз артерій головного мозку:*** - болі голови, головокружіння;

- швидка стомлюваність; - зниження пам’яті, уваги; - зниження зору, слуху;

- шум у вухах; - поганий сон; - зниження розумової працездатності.

***Атеросклероз аорти:*** - підвищення систолічного і зниження діастолічного АТ; - пульсація за грудниною; - посилена пульсація підключичної артерії; - біль за грудиною (тиснуча, пекуча) з іррадіацією в обидві руки, шию, спину, верхню частину живота.

***Атеросклероз артерій кінцівок:*** - болі в литкових м`язах,які посилюються при ходьбі і зникають у спокою; - кульгавість; - похолодання кінцівок, далі на шкірі гомілок утворення трофічних виразок, а ще пізніше – суха гангрена.

***Атеросклероз ниркових артерій:*** - головні болі; - болі в попереку; - гематурія, артеріальна гіпертензія.

***Атеросклероз коронарних артерій****:* - будь-які прояви ІХС.

***Атеросклероз черевного відділу аорти:*** - сильні болі в черевній порожнин, пов’язані з прийомом їжі.

***В). Анамнестичні дані:***

**Наявність чинників ризику*:*** - ожиріння; - куріння; - часте зловживання їжею, пересиченою жирами та вуглеводами; - психоемоційні перенавантаження; - малорухливий спосіб життя; - ендокринні захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз, ранній клімакс).

***С). Об’єктивно:***

**Об’єктивні прояви залежать від локалізації уражених судин:**

***ІІ етап* *медсестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:**

***Атеросклероз аорти, коронарних артерій:*** - біль в ділянці серця за грудиною.

***Атеросклероз мозкових артерій:*** - порушення сну; - порушення пам’яті;

- головний біль; - головокружіння.

***Атеросклероз артерій нижніх кінцівок:*** - похолодання кінцівок; - біль в кінцівках; переміжаюча кульлгавість.

**Потенційні проблеми:** можливі ускладнення: - інфаркт міокарда, стенокардія, кардіосклероз, хронічне порушення кровообігу тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- біль в ділянці серця за грудиною;

- порушення сну; - порушення пам’яті; - головний біль; - головокружіння; - біль в кінцівках; - похолодання кінцівок; - кульгавість, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення само- та взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, часу згортання крові, коаулограма.

2. Підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, проби за Зимницьким.

3. Підготовка пацієнта до: ЕКГ, ФКГ, РВГ, визначення пульсацій на нижніх кінцівках.

4. Підготовка пацієнта до R-графії, ангіографії периферійних судин.

5. Створення належних комфортних умов пацієнтові. Забезпечення фізичного та психічного спокою. Режим залежить від тяжкості хвороби. Допомога при пересуванні та фізичних навантажень.

6. Постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок РS, ЧДР.

7. Контроль та допомога в дотриманні пацієнтом санітарно-гігієнічного режиму, особистої гігієни.

8. Контроль та допомога в дотриманні дієти - стіл №10 (зменшити на 10 % загальне вживання жирів; *різко зменшити*вживання насичених жирних кислот - сир, яйця, масло, вершки, м'ясо; *більше вживати* - олію, рибу, птицю, морські продукти, овочі, фрукти, крупи; *різко зменшити* кількість кухонної солі в їжі, вживання продуктів, багатих на холестерин тощо).

9. Очищення зубів, протезів після їжі, полоскання ротової порожнини, ерадикація Helicobacter pilory.

10. Застосування заходів впливу на кровообіг при високому артеріальному тиску (гірчичники, теплі ніжні та ручні ванночки, гірудотерапія, дієтотерапія).

11. Тепло до ніг, допомога пацієнту під час ходьби, підбір палички при атеросклерозі артерій нижніх кінцівок.

12. **Виконання лікарських призначень:**

12.1. **Медикаментозне:**

- ***препарати, які гальмують всмоктування холестерину в кишківнику*** (трибуспонін, холестирамін);

- ***препарати, які гальмують синтез холестерину*** (клофібрат, пробукол, статини – сімвастатин, ловастатин, розувастатин, аторвастатин);

-***препарати, які пришвидшують виведення ліпідів з організму*** (ліпостабіл, ессенціале форте);

***- вітаміни*** (С, Е, Р, нікотинова кислота).

12.2. Екстракорпоральна терапія: плазмаферез, гемосорбція.

12.3. Фітотерапія (цибуля, часник, моркв’яний сік, м’ята).

12.4. ЛФК.

12.5. Санаторно-курортне лікування.

13. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

14. Навчання пацієнта та його оточення само- та взаємодогляду, принципам раціонального харчування, ЛФК, здорового, активного способу життя.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення нових проблем та потреб пацієнта та корекція медсестринських втручань.

**Прогноз:**

Прогноз захворювання залежить від локалізації і вираженості процесу. Особливо небезпечна обтурація атеросклеротичною бляшкою великих артерій (у серці, мозку, нирках), що може призвести до смерті пацієнта або до інвалідності.

**Профілактика:**

- фізична активність, ЛФК, масаж; - лікування артеріальних гіпертензій, контроль АТ; - раціональне харчування; - відмова від шкідливих звичок, особливо куріння; - боротьба з надлишковою вагою тіла; - адекватне ефективне лікування цукрового діабету, гіперхолестеринемії; - здоровий спосіб життя; - диспансерне спостеререження за пацієнтами.

***Ішемічна хвороба серця (ІХС)***

***ІХС***- ураження міокарда, обумовлене розладнанням коронарного кровообігу. При цьому коронарний кровобіг не забезпечує потребу серця в кисні.

**Етіологія:**

- атеросклеротичне ураження вінцевих артерій; - спазм вінцевих артерій;

- тромбоз вінцевих артерій.

***Фактори ризику:***

- спадкова схильність;**-**чоловіча стать, вік (ризик зростає у віці за 40 років);

**-**гіперхолестеринемія;**-**артеріальна гіпертензія;**-**надмірна маса тіла;**-**куріння;

**-**гіподинамія;**-** цукровий діабет;**-**психоемоційне перенавантаження;**-**метеозалежність.

**Класифікація**

***Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10):***

- Стенокардія (грудна жаба).

- Гострий інфаркт міокарда.

- Повторний інфаркт міокарда.

- Деякі поточні ускладнення гострого інфаркту міокарда.

- Інші форми гострої ІХС.

- Хронічна ІХС.

***Класифікація ІХС, затверджена VI Національним Конгресом кардіологів України (2000 р.):***

1. Раптова коронарна смерть.

2. Стенокардія (стабільна стенокардія напруження;вазоспастична стенокардія; нестабільна стенокардія; стенокардія, що виникла вперше; прогресуюча стенокардія;рання постінфарктна стенокардія).

3. Гострий інфаркт міокарда (великовогнищевий; дрібновогнищевий; субендокардіальний; рецидивуючий; повторний; гостра коронарна недостатність; деякі ускладнення ГІМ).

4. Кардіосклероз

5. .Безбольова форма ІХС.

***Стенокардія***

***Стенокардія*** - захворювання, найхарактернішою ознакою є напад болю, що локалізується за грудиною або в ділянці серця.

Стенокардія є однією із частіших форм ІХС. В основі приступу стенокардії лежить гостра ішемія міокарда, зумовлена погіршенням його кровопостачання з наступним швидким відновленням кровообігу в зоні ішемії (порушується рівновага між потребою міокарда в кисні і можливістю постачання його з кров`ю).

**Етіологія:**

- фізичне навантаження; - перевтомлення; - психоемоційний вплив; - паління; - зловживання спиртними напоями тощо.

Фон - ураження вінцевих артерій (атеросклероз, закупорка тромбом, рідко - емболом).

**Класифікація:**

***1. Стенокардія стабільна:***

- стабільна стенокардія навантаження (з вказанням функціональних класів);

- стабільна стенокардія без ураження коронарних артерій (ангіографічно)- коронарний синдром Х;

- вазоспастична стенокардія (ангіоспастична стенокардія, спонтанна, варіантна, Прінцметала).

***Стенокардія навантаження***- це стенокардія, яка виникає після фізичного або психоемоційного навантаження, триває 5-10 хв. і знімається нітрогліцерином.

***Стабільна стенокардія навантаження*** - це стенокардія навантаження, яка не має тенденції до прогресування.

***Коронарний синдром Х*** - це стабільна стенокардія навантаження з ангіографічно інтактними коронарними артеріями.

***Вазоспастична стенокардія*** - це стенокардія, яка виникає в спокої, частіше вночі або зранку, триває 5-10 хв, супроводжується шлуночковими аритміями під час болю.

**Класифікація функціональних класів (ФК) стабільної стенокардії напруження:**

***І ФК*** - «латентна» стенокардія: приступи виникають під час значних фізичних навантажень.

***ІІ ФК*** - приступи виникають під час ходи у звичайному темпі на відстань більше 500 м і /або підйомі більше, ніж на один поверх, вплив несприятливих факторів (психоемоційний стрес, холодна погода, ранкові години).

***ІІІ ФК*** - приступи виникають під час ходи у звичайному темпі на відстань 100-500 м, підняття на один поверх, інколи у стані спокою вночі.

***IV ФК*** - приступи виникають під час незначних фізичних навантажень, ходи на відстань до 100 метрів рівною місцевістю, приймання їжі, акту дефекації, а також у спокої.

***2. Нестабільна стенокардія:***

- що виникла вперше (до 28 діб);

- прогресуюча;

- рання постінфарктна (з 3-ої до 28 доби).

***Нестабільна стенокардія*** - це стенокардія, яка виникла вперше (давністю до 28 днів), стенокардія навантаження, яка прогресує або яка виникла в перші 3-28 днів ІМ, а також повторні приступи гострої коронарної недостатності, коли приступ болю за грудиною у спокої триває понад 20 хв. і супроводжується ЕКГ - ознаками порушення процесів реполяризації, які тримаються до 48 год.

***Стенокардія, що виникла вперше*** - це приступ стенокардії зі змінами на ЕКГ, що проходять у спокої, який виник вперше протягом останніх 28 діб.

***Прогресуюча стенокардія*** - це стенокардія у пацієнта зі стенокардією напруження, яка почала турбувати в спокої або вночі, а також ФК якої став тяжчим зі зниженням толерантності до фізичного навантаження, з появою транзиторних змін ЕКГ у спокої.

***Рання постінфарктна стенокардія*** -це стенокардія, яка виникла протягом 3-28 діб після ІМ.

**Медсестринський процес при стенокардії:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги:**

**- *характерний симптом***-біль, яка локалізується за грудниною або в ділянці серця; ***характер болю*** - стискаюча, давлюча біль нападоподібного характеру;

- ***іррадіація болю*** - в ліве плече, ліву руку, ліву половину обличчя, шию, іноді у зуб, вухо, язик; ***тривалість болю***- від декількох секунд до 10- 15 хвилин іноді до 30; ***біль минає -***через 1-2 хвилини після приймання нітрогліцерину, інших нітратів.

**Б. Анамнестичні дані :**

Стенокардія починається внаслідок дії етіологічних факторів ризику ІХС (дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, куріння, надлишкова МТ) тощо.

Нестабільна стенокардія діагностується від моменту зміни характеру стенокардійних болей, появи поряд зі стенокардією напруження стенокардії спокою, зниження ефективності від прийому нітрогліцерину.

Перебіг хвильоподібний - періоди ремісії чергуються з періодами частіших приступів.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

***- обличчя***– під час нападу часто бліде, з ціанотичним відтінком, покрите холодним потом;

- ***ксантоми, ксантелазми*** (ознаки атеросклерозу);

- ***ЧД***-дихання рідке, поверхневе; - ***PS*** - рідкий, іноді прискорений спочатку; - ***АТ***-часто підвищується; - ***при перкусії й аускультації серця***- характерних змін немає; - ***аналіз крові й сечі***- без особливостей; - ***ЕКГ***– поза нападом не змінюється, під час нападу – депресія інтервалу ST.

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** приступи стискаючого болю за грудиною або в ділянці серця з іррадіацією; - страх смерті.

**Потенційні проблеми:** можливе виникнення інфаркту міокарда та нових нападів стенокардії.

* **Складемо медсестринський діагноз:**приступи стискаючого болю за грудиною або в ділянці серця, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу - Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1. Підготовка пацієнта та взяття крові для БАК.

2.1. Підготовка пацієнта до ЕКГ, валоергометрії, ЕхоЕКГ коронаровентрікулографії (КВГ).

3.1. Створення пацієнтові комфортних умов. Режим - залежить від ФК.

3.2. Допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни.

3.3. Раціональна дієтотерапія (дієта № 10), зменшення вживання рідини.

3.4.Спостереження та контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок РS, ЧДР.

3.5. ***Під час нападу стенокардії:*** - забезпечення пацієнтові повного фізичного спокою; - доступу свіжого повітря; - накладання гірчичників на груднину; - у разі відсутності ефекту від гірчичників - необхідно опустити ліву руку по лікоть у гарячу воду.

4. **Виконання призначень лікаря:**

4.1. ***При стабільній стенокардії навантаження***:

4.1.1. **Антиангінальні препарати (**швидкодіючі судинорозширювальні препара-ти): - ***нітрати і групи сандонімінів***: нітрогліцерин, нитросорбіт, молсидомін.

Нітрогліцерин застосовують у вигляді 1 %спиртового розчину - 4 краплі на цукор під язик; у таблетках - під язик.***Дає знеболювальний ефект***через 1-3 хв.***, максимальна дія наступає через***5-6 хв.***, тривалість дії -***10-15 хв.Коли немає терапевтичного ефекту від нітрогліцерину на протязі 5 хвилин, то можна повторити в той же дозі.

***Нітрогліцерин має побічну дію -***головний біль, запаморочення, шум в голові***.***

- ***блокатори β-адренорецепторів***: пропранолол, окспренолол, атеналол, метопро-лол, талінолол, обзідан,анаприлін;

- ***антагоністи кальцію****:* верапаміл, фіноптин, дилтіазем, ніфедипін (коринфар);

- ***активатори калієвих каналів***: нікорандил, міноксидил, діазоксид;

- ***антиаритмічні препарати III класу***: кордарон.

4.1.2.**Антиагреганти:** ацетилсаліцилова кислота, асперкард;пентоксифілін **(**попереджає утвореннятромбів в коронарних судинах).

4.1.3. **Коректори ліпідного складу плазми крові**: мевакор, симвастатин або аторвастатин, ліпанор, фенофібрат, пробукол, поліспонін.

4.1.4. **Препарати для нормалізації функцій ЦНС**: ***седативні* (**корвалол, настійка валеріани); ***транквілізатори***(хлозепід, сибазон, мебікар); ***снодійн***і (нітразепам); ***антидепресанти***(флуоксетин, пароксетин).

4.1.5. **Метаболічні кардіопротектори**: цитохром С, мілдронат, рибоксин, триметазидин, фосфаден, АТФ-лонг.

4.1.6. **Імуномодулятори**: тималін або Т-активін.

4.1.7. **Методи еферентного екстракорпорального лікування** (плазмаферез, гемосорбція), кріоплазмапреципітація.

4.1.8. Фізіотерапія: електро- (електросон, електрофорез медикаментів), лазеро-, та ультразвукові процедури, ЛФК.

4.1.9. Санаторно-курортне лікування

4.1.10. Оперативне лікування: аорто коронарне шунтування, ангіопластика, коронарна атероектомія, непряма ревакуляризація міокарда.

4.2. ***При стабільній стенокардії навантаження*** з ангіографічно інтактними судинами (коронарному синдромі Х):

4.2.1. **Антиангіальні препарати**(див. 4.1.1)

4.2.2. **Антиагреганти**(4.1.2)

4.2.3. **Ксантинові похідні**: ксантинол нікотинат.

* 1. . ***При вазоспастичній стенокардії***:

- **нітрати**: нітрогліцерин, нітросорбід;

- **антагоністи кальцію**: верапаміл, дилтіазем, ніфедипін;

- **α-адреноблокатори:**празозин.

4.3.2. **Антиагреганти**(4.1.2.)

4.4. ***При нестабільній стенокардії:***

* + 1. **Для ліквідації болю**: - нітрати: нітрогліцерин, нітросорбіт, молсідомін.

**У випадках неефективності нітратів:**

- **нейролептанальгезія:** фентанід+дроперідол;

- **наркотичні препарати**: промедол;

- **АНАЛЬГЕТИКИ З АНТИГІСТАМІННИМИ ПРЕПАРАТАМИ**: АНАЛЬГІН+ПІПОЛЬФЕН, БАРАЛГІН ЗАБОРОНЕНІ.

4.4.2. **Для ліквідації ішемії міокарда**: - нітрати; - блокатори β-адреноблокатори; - антагоністи кальцію.

4.4.3. **Антиагреганти і антикоагулянти**: ацетилсаліцилова кислота, пентоксифілін, дипіридамол, тиклопідин, гепарин, фраксипарин.

4.4.4. Оперативне лікування: балонна коронарна ангіопластика, аортокоронарне шунтування.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання пацієнта та його оточуючих необхідності усунення факторів ризику - артеріальної гіпертензії, куріння, надмірної МТ. Потрібні постійні фізичні тренування, раціональне харчування.

**Увага.**Всі лікарські препарати пацієнти, які страждають нападами стенокардії приймають довго.

**NB! Протипоказані та не рекомендовані втручання у пацієнтів з ГКС:**

1. Не застосовувати для знеболення комбінацію метамізолу натрію з діфенгідраміном (дімедролом).

2. Протипоказане введення лікарських засобів внутрішньом’язово, оскільки це сприяє хибному результату при визначенні рівня креатинфосфокінази.

3. Протипоказане профілактичне застосування лідокаїну (ризик виникнення блокад серця).

4. Протипоказане застосування атропіну для профілактики вагоміметичних ефектів морфіну (підвищення частоти серцевих скорочень може поглибити ішемію міокарда, сприяти порушенню ритму).

5. Протипоказане застосування дипіридамолу, міотропних спазмолітиків (викликає синдром обкрадання).

6. Антитромбоцитарні препарати на фоні гіпертонічного кризу протипоказані (ризик крововиливів та кровотечі).

***V етап медсестринського процесу -***

***оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

* поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта, покращення толерантності до фізичного навантаження, стабілізація ФК стенокардії;
* виявлення нових проблем пацієнта та корекція медсестринських втручань.

**Профілактика:**

- усунення факторів ризику ІХС; - обстежують пацієнтів для виявлення ІХС, особливо людей із факторами ризику (ГХ, ЦД, куріння, ожиріння, гіподинамія); - диспансерне спостереження за пацієнтами; - лікування артеріальної гіпертензії, атеросклерозу; - раціональне харчування; - заняття фізкультурою, спортом, ЛФК; - здоровий спосіб життя; - відмова від паління; - не зловживати алкоголем; - раціональне харчування; - поліпшення умов праці та відпочинку; - попередження ангінозних приступів.

**Диспансеризація**.

Пацієнти находяться на «Д» обліку. «Д» пацієнтів здійснюється сімейним лікарем. Огляди проводяться з частотою 2-4 рази на рік. Кардіолог, невропатолог, психотерапевт оглядають пацієнта 1 раз на рік. У міжнападовий період призначають лікарські засоби. Дільнична медична сестра повинна пояснити пацієнту, як приймати ці засоби. Пояснити правила поведінки пацієнта.

**Прогноз.**

Прогноз стенокардії невизначений: пацієнт може жити десятиліттями або раптово вмерти. Особливо несприятливий прогноз у пацієнтів похилого віку. Прогноз стенокардії погіршується при супутній ГХ, цукровому діабеті. Несприятливий прогноз відзначається при нестабільному перебігу стенокардії.

***Інфаркт міокарда***

***Інфаркт міокарда (ІМ)***- захворювання, обумовлене некрозом ділянки серцевого м’язу в результаті порушення коронарного кровообігу внаслідок звуження просвіту артерій атеросклеротичними бляшками або тромбозу коронарної артерії.

В останні десятиріччя зросла захворюваність на інфаркт міокарда, особливо серед чоловіків 30-44 років. Як і раніше, смертність та інвалідність унаслідок ІМ серед працездатного населення залишається досить високою. За даними МОЗ України в 2013 р. зареєстровано 50744 випадків гострого та повторного інфаркту міокарду серед дорослого населення (135,7 випадків на 100 тис. населення).

**Етіологія:**

- атеросклероз коронарних артерій (у 95% випадках).

***Фактори ризику:***- стресові ситуації; - «небезпечний вік» (після 40 років, -особливо у чоловіків); - обтяжена спадковість (наявність ІМ у близьких родичів);

- обмежена фізична активність; - ГХ; - цукровий діабет; - ожиріння; - стенокардія; - емболія коронарних артерій (рідко).

***Рідко:*** - спазм вінцевих артерій без ознак атеросклерозу; - запальні зміни він-цевих артерій ревматичного походження; - судинні ураження, захворювання коронарних артерій (артеріїти, травми артерій, розшарування аорти і вінцевих артерій); - емболії коронарних артерій; - природжені дефекти коронарних артерій; - різка невідповідність між потребою міокарда в кисні і його поступленням аортальні вади серця, отруєння чадним газом, тиреотоксикоз, тривала артеріальна гіпертензія; - порушення коагуляції (тромбоцитоз, поліцитемія, тромбоцитопенічна пурпура).

**Класифікація**

***За поширеністю:*** - *трансмуральний*(велико осередковий «ІМ із зубцем Q»);

- *нетрансмуральний*(дрібно осередковий) або субендокардіальний «ІМ ьез зубця Q»).

***За перебігом:*** - гострий; - підгострий; - затяжний (виникнення нового ІМ в межах 48-72 год. від початку хвороби); - рецидивний (до 2 міс.). - повторний (через 2 міс. і більше).

***Атипові форми ІМ:*** - астматичний; - гастралгічний (абдомінальний);- церебральна; - периферична; - аритмічний; - безбольовий (малосимптомний).

**Класифікація періодів ІМ:**

1. ***Передінфарктний стан*** (від 1 дня до 4 тиж. - зміна характеру болю, частішають приступи стенокардії, задишка, тахікардія, інколи почуття перебоїв в роботі серця).

2. ***Найгостріший період*** (перші 2 год. від початку хвороби - час гострої ішемії міокарда і початку його некрозу).

3. ***Гострий період* (**до 10-го дня від початку хвороби - час формування осередку некрозу).

4. ***Підгострий період***від 4 до 8 тижнів - час формування рубця).

5. ***Постінфарктний період*** (від 2 до 6 місяців - час адаптації міокарда до нових умов функціонування).

**Медсестринський процес при інфаркті міокарда:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

**І. Типова форма *(ангінозний варіант, больовий):***

**- *характерний симптом***- біль;- ***локалізація болю***- в ділянці серця або за грудиною; - ***характер болю***- пекучий, роздираючий, ніби серце пронизує розпечений прутик; - ***іррадіація болю***- в ліве плече, ліву руку, шию, нижню щелепу; - ***тривалість болю***- від 30 хв. і більше; ***біль не купірується нітрогліцерином***; - розвивається різка -***загальна слабкість***.

**ІІ. Атипова форма:**- ***астматична***(виникає гостра лівошлункова недостатність: набряклегенів, серцева астма);- ***аритмічна***(порушення ритму - миготлива аритмія, екстрасистолія, надшлуночкова і шлуночкові тахікардія);- ***гастралгічна або абдомінальна***(біль в підложечковій ділянці з іррадіацією в спину, в підребер`я, блювота), ця форма ІМ симулює гострий гастрит, загострення виразкової хвороби, гострий панкреатит; - ***церебральна***(головокружіння, головна біль, порушення мови, зору, парези кінцівок, інсульти, нудота, блювання);

- ***безбольова***(немотивована слабкість, нездужання загальне); - ***периферична***(біль виникає між лопатками, в лівій руці).

**Б. Анамнестичні дані :**

- стать Ч:Ж=5,1:1(2:1); **-**вік працездатний;**-**наявність етіологічних чинників;

-тривалі, надмірні негативні, емоції;**-**розумове і фізичне перенапруження;

**-**алкогольна і нікотинова інтоксикації.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

- ***збудження,***що було на початку приступу,змінюється***пригніченістю, відчуттям страху, потовиділення посилюється***; - ***блідість або*** ***ціаноз***шкіри і слизових оболонок,***акроціаноз***; - ***PS***- тахікардія, іноді брадикардія; - ***АТ***- спочатку підвищується, а потім знижується; - ***аускультація***- ритм галопу(ослаблення скорочувальної здатності серцевого м’яза); - ***t0 тіла***- підвищується на 2-3 день захворювання, з наступним зниженням і нормалізацією до 7-10 дня;

- ***аналіз крові: -***підвищення рівнів тропонінів Т та І, міоглобіну, С- реактивного протеїну; - зростанням активності ферменту АсАТ; *класичний симптом* (перехрестя в динамиці лейкоцитозу та ШОЕ) - лейкоцитоз при нормальних показниках ШОЕ в перші дні, потім зниження кількості лейкоцитів і підйом ШОЕ; - ***ЕКГ****-*а) зміна комплексу ORS, передусім збільшенням або поява патоло-гічного зубця O (зона некрозу); б) зміщення сегмента S-T (зона ушкодження); в) зона ішемії, розташована далі до периферії (інверсія зубця T).

***Ускладнення:***

***Ранні:***- аритмії і порушення провідності; - кардіогенний шок; - гостра серцева недостатність; - розрив серця; - аневризма серця; - тромбоемболія; - післяінфарктна стенокардія.

***Пізні:*** - синдром Дреслера (перикардит, плеврит, пневмонія, поліартрит); -ХСН;

- тромбоемболії; - аневризма серця.

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - різкі болі в ділянці серця або за грудиною з типовою або атиповою ірадіацією; - сильне збудження; - страх смерті; - задишка; - суворий ліжковий режим; - запаморочення; - субфебрильна або висока температура тіла.

**Потенційні проблеми:** можливий розвиток кардіогенного шоку, гострої серцевої недостатності, порушення серцевого ритму тощо.

**Складемо медсестринський діагноз: -**різкі болі в ділянці серця (за грудиною;

- сильне збудження; - страх смерті; - задишка; - суворий ліжковий режим;

- запаморочення; - субфебрильна або висока температура тіла, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1. 1. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, аналізу на ферменти, ІДК.
2. 1. Підготовка пацієнта до ЕКГ, УЗД серця, рентгеноскопії органів грудної клітки, радіоізотопної діагностики (сцинтиграфії міокарда з пірофосфатом).
3. 1. Створення для пацієнта комфортних умов. Режим - суворий палатний. Положення пасивне, напівсидячи, піднімаючи головний кінець ліжка. Досить рано можна розпочати лікувальну гімнастику. Важливо всилити пацієнтові віру і впевненість у видужання.
   1. Спостереження та контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта:
   2. вимірювання температури тіла, підрахунок і характеристика серцевих скорочень РS, ЧДР.

3.3. Контроль та допомога пацієнтові у раціональному харчуванні: дієта №10 - і, із виключенням продуктів, які сприяють метеоризму.

3.4. Допомога пацієнтові у дотриманні правил особистої гігієни. Подача судна, допомога пацієнтові у фізіологічних відправленнях.

4. **Виконання призначень лікаря:**

**Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГІМ у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.**

- Покладіть пацієнта з піднятою злегка головою;

- Забезпечте постільний режим; Хворим на ГІМ для зменшення навантаження на міокарднеобхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не допускати самостійного пересування пацієнта.

Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженою сатурацією менше 95%.Інгаляцію зволоженим киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.

4.1. **Ліквідація больового синдрому**:

4.1.1. ***Нітрати***: Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5-1,0 мг) або в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг). У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв. У випадку важкого больового синдрому 2,0 мл 1% розчину нітрогліцерину розводять в 200,0 мл 0,9% розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози ех tempore (концентрація 100 мг/мл) та вводять внутрішньовенно крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС. При використанні автоматичного дозатора початкова швидкість введення складає 10-20 мкг/хв.; при відсутності дозатора – початкова швидкість 2-4 краплі за хвилину, яка може бути поступово збільшена до максимальної швидкості 30 крапель за хвилину (або 3 мл/хв.). Інфузію припиняють при зниженні САТ менше ніж 90 мм рт. ст. (або середнього АТ на 10-25% від початкового). Подальше зниження АТ призводить до погіршення коронарного кровообігу та збільшення зони некрозу ІМ, викликає сильний головний біль.***;***

***4.1.2.***АСК (застосовується у випадку, якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги) розжувати 150-325 мг. Для лікарських бригад можливе введення ацелізину 1,0. При наявності протипоказань до застосування АСК можливе застосування клопідогрелю 300 мг всередину. Ефективним є застосування комбінації АСК та клопідогрелю.

4.1.3. ***Наркотичні анальгетики:***

- перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти). При різкому пригніченню дихання під час введення морфіну можна ввести в/в - **кордіамін** 2-3 мл.;

- промедол -п/ш; в/м; в/в - 1-2 мл 1 % р-на на 10 мл ізотонічного р-н Na Cl;

- омнопон-п/ш, 1 мл 1 % або 2 %.

- піритрамід, пентозоцин, тилідин, трамадол.

У разі відсутності наркотичних анальгетиків, як виняток, можливе застосування ненаркотичних анальгетиків (метамізол натрію) у комбінації з діазепамом, які вводити внутрішньовенно повільно.

4.1.4. ***Метод атаральгезії***: промедол або морфін+седуксен, При пригніченні дихання або схильності до бронхоспазму - анальгін або баралгін + седуксен.

4.1.5. ***Метод нейролептаналгезії***: таламонал (фентаніл+дроперидол - 2:1 або 3:1)

4.1.6. ***Наркоз оксидом азоту*** 80%+кисню20%.

4.2. Відновлення магістрального коронарного кровотоку і попередження подальшого тромбоутворення:

4.2.1.***Тромболітики***: в перші 6 год - стрептоліаза, фібринолізин, альтеплаза, гепарин, фраксипарин; ***антиагреганти:*** ацетилсаліцилова кислота, тиклід.

**NB! Протипоказані та нерекомендовані втручання у пацієнтів з ГІМ:**

1. Не застосовувати для знеболення комбінацію метамізолу натрію з діфенгідраміном (дімедролом).
2. Протипоказане введення лікарських засобів внутрішньом’язово, оскільки це унеможливлює в подальшому проведення тромболізису та сприяє хибномурезультату при визначенні рівня креатинфосфокінази.
3. Протипоказане профілактичне застосування лідокаїну (ризик виникнення блокад серця).
4. Протипоказане застосування атропіну для профілактики вагоміметичних ефектів морфіну (підвищення частоти серцевих скорочень, може поглибити ішемію міокарда, сприяти порушенню ритму).
5. Протипоказане застосування дипіридамолу, міотропних спазмолітинів (викликає синдром обкрадання).
6. Антикоагулянти на фоні гіпертонічного кризу протипоказані (ризик крововиливів кровотечі).

4.3. **Рання реваскуляризація і обмеження розмірів ІМ:**

4.3.1. ***Нітрати:*** нітрогліцерин, ізокет, нітросорбіт.

4.3.2. β- адреноблокатори: пропранолол, окспренолол, атенолол, есмолол.

4.3.3. Антогоністи кальцію (крім хворих на трансмулярним ІМ): дилтіазем.

4.3.4. Корвітин.

4.4. ***Метаболічні кардіопротектори***: ά-токоферол, неотон, рибоксин, цитохром С, АТФ-лонг.

4.4.1. ***Гіполіподемічні кардіопротектори***: ксантинолу нікотинат.

4.5. **Нормалізація функціонального стану ЦНС:**

4.5.1.***Седативні***: (настойка кореня валеріани).

4.5.2 ***Транквілізатори***: феназепам, діазепам.

4.5.3. ***Антидепресанти***: флуоксетин.

4.5.4. ***Нейролептики*** (якщо є психоз): дроперидол, таламонал, натрія оксибутират.

4.6. **При кардіогенному шоці:**

4.6.1.**Загальні заходи**:

- ***знеболення:*** морфін+атропін;

- о***ксигенотерапія***;

- ***тромболітики*** (стрептоліаза, фібринолізин, актилізе);

- ***гемолітичний моніторинг*** (з катетеризацією центральної вени.

4.6.2. ***В/в ведення рідини:*** натря хлорид, реополіглюкін, поляризаційна суміш.

4.6.3. ***Зниження переферичного судинного опор***у: натрія нітропрусид.

4.6.4***. Підвищення скоротливості міокарда***: пресорні аміни (дофамін).

4.6.5. Внутрішньоаортальна балонна контрапульсація.

4.6.6. Хірургічне лікування: балонна ангіопластика або аортокоронарне шунтування.

4.7. **При перикардиті:**

4.7.1. ***НПЗП:*** індометацин, натрія диклофенак.

4.7.2. **ГКС:** преднізолон.

4.8. **При артеріальні гіпертензії**: (див. лікування - виконання лікарських призна-чень при гіпертонічній хворобі).

4.9. **Профілактика аритмій:**препарати калію (калія хлорид, аспаркам, магнія сульфат).

4.10. **Лікування аритмій*:*** лідокаїн, новокаїнамід

4.11. ***Оксигенотерапія***.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання оточення пацієнта догляду за ним під час ліжкового режиму, знайомство з принципами реабілітації для збереження життя і працездатності.

**V етап медсестринського процесу -**

**Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція**

* поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта;
* виявлення нових проблем пацієнта та корекція мед сестринських втручань.

**Реабілітація.**

Основним завданням реабілітації є максимальне відновлення функцій організму, створення оптимальних умов для відновлення працездатності пацієнта. Група експертів пропонує 3 фази реабілітації: лікарняну, одужання і підтримуючу.

Реабілітація з першого дня захворювання відбувається під контролем медичної сестри.

**Види реабілітації**:

- фізична реабілітація;

- психологічна реабілітація;

- соціальна реабілітація.

**Протипоказання до фізичної реабілітації є:**

- нестабільна стенокардія;

- неконтрольована надшлуночкова та шлуночкова аритмія;

- неконтрольована серцева недостатність;

- високоступенева блокада без штучного водія ритму;

- ТЕЛА (тромбоемболія легеневої артерії) та нещодавно перенесений тромбофлебіт;

- причини, не пов’язані з кардіальним захворюванням (ортопедичні та інші захворювання).

**Реабілітація у стаціонарі**

Після неускладненої процедури (АКШ, реперфузія) фізичну активність можна починати наступного дня. Після великого та/або ускладненого міокардіального ураження фізичну активність можна починати після клінічної стабілізації та поступово збільшувати залежно від симптомів

При збереженій фізичній здатності без клінічних симптомів, пацієнт може відновити звичайну фізичну активність тривалістю 30-60 хв. (швидка хода), доповнюючи збільшенням денної активності (такі як прискорення ходьби на роботі, у саду чи домашня робота); в інших випадках пацієнт може відновлювати фізичну активність на рівні 50% від максимальної фізичної здатності з поступовим зростанням

Пацієнт активно перевертається на бік, виконує елементи ЛФК. Якщо перебіг хвороби не ускладнюється, з 3 дня можна призначити спеціальний комплекс лікувальної гімнастики. Заняття тривають не більше 3-5 хв. У разі розвитку ускладнень перша фаза реабілітації триває 3,5-5 тиж. Проводять ЕКГ контроль.

Пацієнти, які перенесли ІМ, повинні перебувати під «Д» спостереженням. Їм регулярно проводять ЕКГ контроль з фізичним навантаженням, клінічне спостереження, призначають медикаментозне лікування.

1. При неускладненому Q-ІМ до виписки освоюється підйом на східчастий проліт в 22 сходинки та дистанційна ходьба на 1000 метрів за один етап.

2. Активізація проводиться під контролем ЧСС, АТ та ЕКГ (регістрація до і після дистанційної ходьби не рідше 1 разу на тиждень, а також до і після освоєння сходів).

3. Допускається збільшення частоти серцевого ритму на 20 ударів за хвилину в порівнянні зі спокоєм, але не більше ніж до 100-105 ударів за хвилину за абсолютним значенням. Підйом систолічного тиску не може перевищувати 20 мм рт.ст., а діастолічного 10 мм рт.ст., при зниженні вказаної величини в порівнянні зі станом спокою на 10 мм рт.ст. для систолічного АТ і 5 мм рт.ст. для діастолічного АТ. При цьому абсолютні величини АТ не повинні перевищувати 140/90 мм рт.ст.

**Реабілітація в санаторії**

В Україні зберігається етапна реабілітація хворих з гострим порушенням коронарного кровообігу, яка починається в стаціонарі, а потім продовжується на постстаціонарному етапі (амбулаторний чи санаторний).

Проведення тренувань з метою відправки у санаторій з метою реабілітації має починатися у хворих після стабілізації клінічного стану, без проявів серцевої недостатності вище ІІ ст., значних порушень серцевого ритму (постійна форма ФП, часта екстрасистолічна аритмія, AV-блокада ІІ-ІІІ ступенів), ішемічної реакція на ЕКГ при виконанні дозованого фізичного навантаження. Останній тест може бути виконаний як на велоергометрі, тредмілі, так і шляхом дозованої ходи. Зазвичай, хворих після ГКС можна відправляти до санаторію після нормального виконання 70%-го навантаження або після освоєння 1 км. дистанції.

**Профілактика:**

***Первинна профілактика:***

- активне лікування хронічних форм ІХС та їх рання діагностика; усунення причин, що викликають психоемоційне перевантаження, ожиріння, боротьба з гіподинамією, курінням, лікування ГХ.

***Вторинна профілактика (***полягає у попередженні повторних ІМ):

- призначають антиангінальні засоби (нітрати, бета-адреноблокатори, антагоністи кальцію); - призначають препарати, які поліпшують метаболізм у серцевому м`язі(триметазідін, метамакс); - антикоагулянти; - антиагреганти;

- пацієнти з ІХС повинні перебувати під постійним наглядом за місцем проживання або роботи, відвідувати сімейного лікаря регулярно не рідше 1 разу на рік при ФК 1, 1 разу на 6 місяців при ФК2, 1 разу на 3 місяці пр. ФК 3-4.

***Вади серця***

***Вади серця*** - морфологічні зміни клапанного апарату серця, які призводять до порушення внутрішньо-серцевого та загального кровообігу.

**Етіологія**

***За походженням:***

- **вроджені** аномалії та вади ембріонального розвитку ССС (відкрита артеріальна (Боталова) протока, дефект міжшлуночкової перегородки, дефект міжпередсердної перегородки, стеноз легеневої артерії (ізольований) тетрада Фалло);

- **набуті** - розвиваються внаслідок перенесення ревматизму, сифілісу, інфекційного ендокардиту, атеросклерозу, травми грудної клітки (мітральний стеноз, мітральна недостатність, аортальний стеноз, аортальна недостатність).

***За суттю:***

- **недостатність клапанів** - спотворені клапани нещільно перекривають отвір між камерами серця або камерою серця і судиною, що з неї виходить;

- **стеноз отвору** - внаслідок ураження клапанів і стінок серця та судин звужується отвір між камерами серця, або камерою серця і судиною.

***Види вад серця:***

- **прості** - одне ураження клапану або отвору (недостатність мітрального клапану та інші);

- **складні**, коли є одночасно і недостатність клапану і стеноз отвору в цьому ж місці (недостатність мітрального клапану та мітральний стеноз тощо);

- **комбіновані**, коли є вади серця з локалізацією на різних клапанах (мітрально-аортальні тощо).

**Класифікація**

**Набуті вади серця** (**за стадіями):**

***Мітральний стеноз:***

- **І**- компенсації; - **ІІ**- легеневого застою; - **ІІІ**- правошлуночкової недостатності;

- **IV**- дистрофічна; - **V** - термінальна.

***Мітральна недостатність:***

- **І**- компенсації; -**ІІ**- субкомпенсації; - **ІІІ** - правошлуночкової декомпенсації;

- **IV**- дистрофічна; - **V**-термінальна.

***Аортальний стеноз:***

- **І**- повної компенсації; - **ІІ** - прихованої СН; - **ІІІ** - відносної коронарної недостатності; - **IV** - вираженої лівошлуночкової недостатності; -**V** - термінальна.

***Аортальна недостатність:***

- **І** - повної компенсації; - **ІІ** - прихованої СН; - **ІІІ** - субкомпенсації; - **IV** - декомпенсації; - **V** - термінальна.

**Мітральна недостатність (недостатність мітрального клапану)**

***Мітральна недостатність (недостатність мітрального клапану)*** - вада серця, при якій ураженим мітральним клапаном неповністю закривається отвір між лівим передсердям та лівим шлуночком під час систоли шлуночків, внаслідок чого частина крові з лівого шлуночка повертається в ліве передсердя, замість того, щоб повністю потрапляти в аорту.

**Класифікація:**

**І стадія** - ***компенсації***

- мінімальний зворотній рух крові з лівого шлуночка в ліве передсердя, порушень гемодинаміки практично немає, виявлення ознак при інструментальних методах обстеження: ФКГ, УЗД серця

**ІІ стадія** - ***субкомпенсації:***

- зберігається компенсація порушень гемодинаміки за рахунок лівого шлуночка. Фізична активність обмежена незначно, задишка виникає після значного фізичного навантаження. Методи діагностики: ЕКГ, ФКГ, УЗД серця, R-скопія грудної клітки.

**ІІІ стадія** - ***правошлуночкової декомпенсації:***

- значна регургітація крові у ліве передсердя. Періодична декомпенсація серцевої діяльності, що ліквідується медикаментами; фізичне навантаження викликає задишку.

**ІV стадія** - ***дистрофічна:***

- постійна правошлуночкова недостатність. Можливі порушення функції печінки та нирок.

**V стадія** - відповідає ІІІ клінічній стадії СН.

**Медсестринський процес при вадах серця:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

- задишка; - кашель сухий або з невеликою кількістю харкотиння; - кровохаркання; - серцебиття; - перебої в роботі серця; - набряки на ногах; - нічні приступи ядухи.

**Б. Анамнестичні дані :**

- у 75% - ревматична етіологія; - симптоматика розвивається при значній декомпенсації діяльності лівого шлуночка.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

- акроціаноз; - ціанотичний рум’янець; - видимий верхівковий поштовх; - РS та АТ в межах норми.

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - задишка; - кашель сухий або з невеликою кількістю харкотиння; - кровохаркання; - серцебиття; - перебої в роботі серця; - набряки на ногах; - нічні приступи ядухи.

**Потенційні проблеми:** - ризик виникнення пролежнів; - можливий розвиток миготливої аритмії; - тромбоемболічні ускладнення; - бронхіти, пневмонії, кровохаркання тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- задишка; - кашель сухий або з невеликою кількістю харкотиння; - кровохаркання; - серцебиття; - перебої в роботі серця; - набряки на ногах; - нічні приступи ядухи.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1. Підготовка пацієнта до ЕКГ, ФКГ, УЗД серця, R-графії та - скопії серця.

2.1. Створення пацієнтові комфортних умов. Режим - обмеження фізичної активності.

2.2. Положення в ліжку напівсидяче - при задишці, приступах ядухи.

2.3. Припідняте положення ніг - при набряках.

2.4. Дієта №15, якщо є СН - №10.

2.4. При кашлі та кровохарканні - догляд за ротовою порожниною, створення умов для уникнення аспірації.

2.5. Спостереження та контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок РS, ЧДР.

2.6. Контроль за кількістю випитої рідини та виділеної сечі. Інформування лікаря.

3. Виконання призначень лікаря:

3.1. Лікування основного захворювання та ускладнень.

3.2. І, ІІ і V стадії - тільки симптоматичне та протирецидивне лікування.

3.3. ІІІ-IV стадії - симптоматичне та протирецидивне + хірургічне лікування.

3.4. Оперативне лікування: протезування мітрального клапану в ІІ-ІІІ стадіях.

4. Вирішення супутніх проблем та потреб.

5. Навчання пацієнта та його оточення само- та взаємодогляду, правильній організації праці та відпочинку, режиму дня, раціональному харчуванню, обов`язковому лікуванню.

***V етап медсестринського процесу -***

***оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

* поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта, стабілізація приступів стенокардії;
* виявлення нових проблем пацієнта та корекція медсестринських втручань.

**Мітральний стеноз**

***Мітральний стеноз*** - звуження отвору між лівим передсердям та лівим шлуноч-ком (мітрального отвору), що перешкоджає руху крові з лівого передсердя у лівий шлуночок.

**Класифікація:**

**І стадія** - ***компенсації:*** - скарг немає; виявлення ознак при інструментальних методах обстеження: ФКГ, УЗД серця, ЕКГ, R-скопії органів грудної клітки.

**ІІ стадія** - ***легеневого застою:*** - задишка під час фізичного навантаження;

- кровохаркання; - приступ ядухи; - набряк легень. Працездатність обмежена.

**ІІІ стадія** - ***правошлуночкової недостатності:*** застій в малому колі кровообігу;

- приступ серцевої астми, набряку легень більш виражені; - блідість шкіри;

- виражена задишка, ціаноз.

**IV стадія** - ***дистрофічна:*** - виражене порушення кровообігу в малому та велико-му колах; - аритмії; - фібриляція передсердь. Порушення периферичного кровоо-бігу- порушення функції паренхіматозних органів.

**V стадія** - ***термінальна:*** - незворотні розлади кровообігу, які відповідають ІІІ клінічній стадії СН; - трофічні розлади; - кадіомегалія; - тяжкі порушення ритму. Прогноз песимістичний: хворі гинуть протягом нетривалого часу.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

- задишка; - кашель сухий або з невеликою кількістю харкотиння; - кровохаркання;

- серцебиття; - перебої в роботі серця; - набряки на ногах; - болі в правому підребер’ї; - збільшення живота; - підвищена втомлюваність.

**Б. Анамнестичні дані :**

- стать - частіше жінки; - вік - частіше молодий; - в анамнезі - перенесений ревматизм.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

- тендітна будова тіла; - невеликий зріст; - ціаноз губ, синюшно-багровий рум’янець у формі метелика; - при пальпації серця - діастолічне тремтіння («кошаче муркотіння»); - РS - малий, можлива миготлива аритмія; - АТ - знижений, пульсовий тиск знижений.

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - загальна слабкість; - задишка; - кашель; - кровохаркання;

- затримка рідини в організмі.

**Потенційні проблеми:** можливий розвиток: - легеневої гіпертонії, набряку легень, легеневої кровотечі, емфіземи легень, пневмонії, застійного бронхіту, плевриту, розладу ритму серця і провідності, тромбоемболічних ускладнень.

**Складемо медсестринський діагноз:**- загальна слабкість; - задишка; - кашель;

- кровохаркання; - затримка рідини в організмі.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1. Підготовка пацієнта до ЕКГ, ФКГ, УЗД серця, R-графії серця, томографія серця.

2.1. Створення пацієнтові комфортних умов. Забезпечення режиму в залежності від активності запального процесу та стадії СН. Положення в ліжку напівсидяче. Рекомендується достатній сон не менше 8 годин, щоденне перебування на свіжому повітрі.

2.2. Дієтичний стіл №15. Якщо є СН - №10. Харчування з обмеженням рідини та солі і введенням в меню продуктів, які містять калій (чорнослив, урюк, родзинки, печену картоплю тощо).

2.3. При кашлі та кровохарканні - догляд за ротовою порожниною, створення умов для уникнення аспірації.

2.4. Контроль за кількістю випитої рідини та виділеної сечі. Інформування лікаря.

3. Виконання призначень лікаря:

3.1. Лікування основного захворювання та ускладнень:

3.2. І та V стадії - тільки протиревматичне та симптоматичне лікування.

3.3. ІІ-IV стадії - симптоматичне та протирецидивне + хірургічне лікування.

3.4. Оперативне лікування:

- в ІІ-ІІІ стадіях показане протезування або комісуротомія мітрального клапана;

- в IV стадії - хірургічне лікування ризиковане;

- в V стадії - недоцільне.

4. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

5. Навчання пацієнта та його оточення само- та взаємодогляду, правильній організації праці та відпочинку, режиму дня, раціональному харчуванню.

***V етап медсестринського процесу -***

***оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

* поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта, стабілізація приступів стенокардії;
* виявлення нових проблем пацієнта та корекція медсестринських втручань.

**Недостатність аортального клапану**

***Недостатність аортального клапану*** - захворювання при якому стулки аортального клапану не повністю закривають аортальний отвір, внаслідок чого в період діастоли через зворотній потік крові частина її повертається в лівий шлуночок.

**Класифікація:**

**І стадія** - ***повної компенсації:*** - ознак немає; - позитивна УЗД серця.

**ІІ стадія** - ***прихованої СН:*** - помірне зниження працездатності; - відчуття посилених серцевих скорочень; - посиленого периферичного пульсу (в голові, кінцівках, вздовж хрепта) особливо після фізичного навантаження; - діагностичне значення мають R-скопію та УЗД серця.

**ІІІ стадія** - ***субкомпенсації:*** - значне зниження фізичної активності; -підсилена пульсація сонних артерій; - болі в ділянці серця.

**IV стадія** - ***декомпенсації:*** - виражена задишка та приступи болю в ділянці серця під час незначного фізичного навантаження; - виражені розлади кровообігу (приступи серцевої астми, збільшення печінки тощо).

**V стадія** - ***термінальна:*** - прогресуюча недостатність лівого і правого шлуноч-ків; - глибокі дегенеративні зміни в життєво важливих органах (периферичні набряки, асцит, трофічні порушення).

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

- відчуття серцебиття, підсиленої пульсації сонних та периферичних артерій;

- стенокардичні болі; - запаморочення; - головокружіння; - підвищена втомлюваність; - задишка; - тяжкість і болі в правому підребер’ї; - набряки на ногах.

**Б. Анамнестичні дані :**

- в анамнезі - перенесений ревматизм, інфекційний ендокардит, сифілітичний аортит, кальциноз аортального клапана, часткове відривання стулок аортального клапана внаслідок тупої травми грудної клітки.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

- блідість шкіри; - кінцівки теплі; - посилена видима пульсація сонних артерій «танець каротид», зіниць, кінчиків пальців (при натискані); - похитування головою, рух кінцівок в такт пульсу; - видимий і пальпується зміщений вліво і вниз верхівковий поштовх.

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - відчуття серцебиття, підсиленої пульсації сонних та периферичних артерій; - стенокардичні болі; - запаморочення; - головокружіння; - підвищена втомлюваність; - задишка; - тяжкість і болі в правому підребер’ї; - набряки на ногах.

**Потенційні проблеми:** розвиток ускладнень: гострої лівошлуночкової недос-татності, стенокардії, інфаркту міокарда, порушення серцевого ритму тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- відчуття серцебиття, підсиленої пульсації сонних та периферичних артерій; - стенокардичні болі; - запаморочення; - головокружіння; - підвищена втомлюваність; - задишка; - тяжкість і болі в правому підребер’ї; - набряки на ногах.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1. Підготовка пацієнта доінструментальних обстежень: ЕКГ, ФКГ, УЗД серця, R- скопії серця.

2.1. Створення пацієнтові комфортних умов. Забезпечення режиму в залежності від активності запального процесу та стадії СН. Положення в ліжку напівсидяче. 2.2. Допомога пацієнтові в здійсненні гігієнічних процедур, пересуванні.

2.3. Дієта №15. Якщо є СН - №10 Введення в меню продуктів багатих на калій (чорнослив, родзинки, печену картоплю тощо).

2.5. Контроль за самопочуттям та станом пацієнта: вимірювання температури тіла, РS, АТ, ЧДР.

3. Виконання призначень лікаря:

3.1. Лікування основного захворювання.

3.2. І, ІІ, і V стадії - тільки симптоматичне з використанням периферичних вазодилятаторів для корекції гемодинамічних порушень і протирецидивне.

3.3. ІІІ - IV стадії - симптоматичне лікування + протирецидивне + хірургічне.

3.4. Оперативне лікування: імплантація штучного клапану (в ІІ-IV стадіях).

4. Вирішення супутніх проблем та потреб

5. Навчання пацієнта та його оточення: правильній організації режиму дня,

обмеженню фізичних навантаженням, забороні тяжкої фізичної праці, забезпеченню достатнього відпочинку, сну не менше 8 годин, раціональному харчуваннюю з обмеженням солі та рідини.

***V етап медсестринського процесу -***

***оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

* поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта;
* виявлення нових проблем пацієнта та корекція медсестринських втручань.

**Аортальний стеноз (стеноз гирла аорти)**

***Аортальний стеноз (стеноз гирла аорти)*** - звуження гирла аорти внаслідок

зрощення стулок аортальних клапанів, їх потовщення та звапнення, що створює перешкоди току крові з лівого шлуночка в аорту.

**Класифікація**

**І стадія** - ***повної компенсації:*** - скарг немає; - діагностичне значення має УЗД серця.

**ІІ стадія**- ***прихованої СН:*** - інколи скарги на підвищену втомлюваність, задишку під час фізичного навантаження, запаморочення. Методи діагностики: ЕКГ, УЗД та R - скопія серця.

**ІІІ стадія** - ***відносної коронарної недостатності:***- кардіалгії; - прогресивна задишка.

**IV стадія** - ***вираженої лівошлуночкової недостатності:*** - подальше прогресування симптомів: запаморочення та втрата свідомості під час фізичного навантаження, періодичні приступи пароксизмальної нічної задишки, серцевої астми, набряку легень; - застійні явища в легенях, печінці.

**V стадія** - ***термінальна:*** - прогресуюча недостатність лівого і правого шлуночків, симптоми різко виражені; - загальний стан дуже тяжкий. Лікування практично безуспішне.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

- підвищена втомлюваність; - головокружіння, запаморочення; - випадки втрати свідомості; - стискаючі приступоподібні болі в ділянці серця і за грудиною; *в подальшому:*- задишка; -набряки на ногах; - болі в правому підребер’ї.

**Б. Анамнестичні дані :**

- в анамнезі - перенесений ревматизм; - атеросклероз з звапненням клапанів.

**В. Об’єктивні методи обстеження*:***

- зовнішній вигляд, РS, АТ, тривало залишаються без змін.

*в запущених стадіях:*- блідість шкіри; - АТ систолічний знижений, діастолічний дещо підвищений; - РS - малого наповнення, повільний, рідкий; - при пальпації над аортою і деколи в яремній ямці аортальне тремтіння («котяче муркотіння»).

***ІІ етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - загальна слабкість; - головокружіння; - періодична непритомність; - набряки на ногах.

**Потенційні проблеми:** розвиток ускладнень: стенокардії, інфаркту міокарда, серцевої недостатності, ниркової недостатності тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- загальна слабкість; - головокружіння;

- періодична непритомність; - набряки на ногах.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1. Підготовка пацієнта доінструментальних обстежень: сфігмографії сонної артерії, ЕКГ, ФКГ, УЗД серця, R- графії серця.

2.1. Створення пацієнтові комфортних умов. Забезпечення режиму в залежності від стадії стенозу

2.2. Дієта №15, якщо є СН - №10.

2.3. Допомога пацієнтові в здійсненні гігієнічних процедур, пересуванні.

2.4. Контроль за самопочуттям та станом пацієнта: вимірювання температури тіла, РS, АТ, ЧДР.

2.5. Контроль за кількістю випитої рідини та виділеної сечі.

3. Виконання призначень лікаря:

3.1. Лікування основного захворювання.

3.2. І, ІІ, і V стадії - тільки симптоматичне та протирецидивне лікування.

3.3. Корекція гемодинамічних розладів: використання периферичних вазодилятаторів, зокрема депо - нітрогліцерину.

3.4. Ліквідація больового синдрому: - пролонговані нітрати: сустак, нітронг;

- бета-адреноблокатори: анаприлін, тразикор;

- антиаритмічні препарати 3-го класу: аміадарон.

3.5. ІІІ-IV стадії - симптоматичне лікування + протирецидивне + хірургічне.

3.6. Оксигенація.

3.7. Оперативне лікування: балонна вальвупластика, протезування аортального клапану, аортокоронарне шунтування.

4. Вирішення супутніх проблем та потреб.

5. Навчання пацієнта та його оточення правилам режиму дня, раціональному харчуваннюю.

***V етап медсестринського процесу -***

***оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

* поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта;
* виявлення нових проблем пацієнта та корекція медсестринських втручань.

***Гостра та хронічна серцево-судинна недостатність***

***Недостатність кровообігу* –**неспроможність системи кровообігу постачати органи і тканини необхідною кількістю крові для їх нормального функціонування.

***Недостатність кровообігу:*** гостра і хронічна недостатність кровообігу.

Гостра недостатність кровообігу виявляється такими синдромами:

а) гостра серцева недостатність;

б) гостра серцево-судинна недостатність;

в) гостра лівошлункова недостатність, або право шлункова недостатність;

г) гостра судинна недостатність.

**Гостра судинна недостатність (ГСН)*.***

***Гостра судинна недостатність***- різке зменшення об’єму циркулюючої крові з наступним погіршенням кровопостачання життєво важливих органів***.***

Судинна недостатність характеризується розладом периферійного кровообігу, який супроводжується низьким АТ і порушенням кровопостачання органів і тканин.

***ГСН проявляється***:

* непритомністю;
* колапсом;
* шоком.

**Непритомність.**

***Непритомність –*** це короткочасна втрата свідомості, зумовлена раптовою транзиторною гіпоксією мозку.

***Причини:***

* кровотечі;
* духота в приміщенні;
* гострий біль;
* страх перед болючою процедурою;
* втома;
* голод;
* астенія через інфекційне захворювання;
* тривале стояння;
* ортостатична гіпотензія;
* вигляд крові;
* сильне хвилювання тощо.

***Клініка:***

Непритомність виникає раптово, інколи їй передує напівнепритомний стан:

* загальна слабкість;
* запаморочення;
* потемніння в очах;
* поява мушок перед очима;
* оніміння рук і ніг;
* нудота;
* посилена пітливість.

Після чого пацієнт втрачає свідомість, а буває що не втрачає .

***Об’єктивні симптоми*:**

* різка блідість шкіри, видимих слизових оболонок;
* похолодання кінцівок;
* прискорене поверхневе дихання;
* пульс малий, ледь пальпується;
* АТ знижений;
* зіниці звужені;
* реакція на світло збережена.

Здебільшого непритомність триває від декількох секунд до декількох хвилин, рідко 10-15 хвилин.

***Невідкладна допомога:***

* покласти пацієнта в горизонтальне положення, трохи підняти ноги (щоб збільшити приток крові до головного мозку);
* забезпечити доступ свіжого повітря;
* звільнити від тісного одягу;
* розстібнути комір;
* послабити ремінь;
* обприскати лице і груди холодною водою;
* дати хворому понюхати ватку, змочену нашатирним спиртом;
* розтерти тіло рушником;
* зігріти ноги грілками;
* дати випити пацієнту гарячого чаю чи кави (якщо дозволяють умови);
* при неефективності таких заходів в/в ввести 1 мл 10% кофеїну, 20 мл 40% розчину глюкози.

Не потрібно спішити піднімати пацієнта.

**Пам’ятайте,**що непритомність може бути проявом важкого захворювання, це зобов’язує м/с ретельно оглянути пацієнта, розпитати його про самопочуття і потребує термінової допомоги

**Колапс.**

***Колапс***– більш важка форма ГСН, що характеризується падінням судинного тонусу, ознаками гіпоксії головного мозку і пригніченням життєво важливих функцій організму.

***Причини:***

* сильний біль;
* кровотеча;
* інфекційні захворювання;
* інфаркт міокарда;
* крупозна пневмонія;
* харчові токсикоінфекції;
* отруєння барбітуратами;
* передозування клофеліну, лідокаїну гідрохлоріду, новокаїнаміду, верапамілу, ніфедипіну, пентаміну;
* різка зміна положення тіла тощо.

***Клініка:***

* виражена загальна слабкість;
* запаморочення;
* шум у вухах;
* різка блідість шкірних покривів, вкритих холодним липким потом;
* загострені риси обличчя;
* глибоко запалі очі;
* розширення зіниць;
* тіні навколо очей;
* дихання прискорене, поверхневе;
* пульс відсутній на променевій артерії, або відчутний з трудом;
* АТ-знижується;
* тони серця глухі;
* пацієнт лежить нерухомо, байдужий до всього, що відбувається довкола, відповіді на запитання «неохочі», ледве чутні;
* скаржиться на сильну слабкість і озноб;
* кінцівки холодні на дотик;
* падає діурез.

***Невідкладна допомога:***

* пацієнта покласти в горизонтальне положення з трохи опущеною головою і піднятими ногами;
* нижні кінцівки обкласти теплими грілками і накрити теплою ковдрою;
* доступ свіжого повітря;
* звільнити від тісного одягу;
* пацієнт нетранспортабельний;
* госпіталізація можлива тільки після виведення пацієнта із стану колапсу;
* інгаляція кисню;
* знеболювальні засоби (анальгін, баралгін, промедол, омнопон);
* при кровотечі значній: вливання поліглюкіну, реополіглюкіну, глюкози);
* в/в повільно увести 0,3 мл 1 % розчину мезатону або 0,5-1 мл 0,2 % розчину норадреналіну або в/в 1 мл 10 % розчину кофеїну в 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду ;
* в/в гідрокортизону 125 мг чи преднізолону 30 мг на ізотонічному розчині натрію хлориду.

**Шок.**

***Шок***- загрозливий для життя стан, що виникає в результаті дії на організм надмірних подразників.

***Причини:***

* різко виражений больовий синдром;
* травми;
* інфаркт міокарда;
* опіки;
* кровотечі;
* інтоксикації;
* інфекційні захворювання тощо.

***Класифікація:***

* геморагічний;
* травматичний;
* опіковий;
* кардіогенний;
* анафілактичний;
* токсико-інфекційний тощо.

**Кардіогенний шок.**

***Кардіогенний шок***– виникає внаслідок значного зниження насосної функції серця, наприклад, це одне з найчастіших і тяжких ускладнень інфаркту міокарда.

Летальність при справжньому кардіогенному шоку становить 80-90 %.

Причинами КШ можуть бути:

* трансмуральний інфаркт міокарда , при якому вражається більше 40% міокарда;
* запалення серцевого м'яза (гострий міокардит);
* розрив міжшлуночкової перегородки;
* гострий стеноз (звуження) серцевих клапанів;
* гостра недостатність серцевих клапанів;
* масивна тромбоемболія легеневої артерії.

***Розрізняють***4 клінічні форми кардіогенного шоку:

* **рефлекторний**(ранній, больовий)**;**
* **справжній**;
* **аритмічний**(тахісистолічний, брадисистолічний);
* **ареактивний.** Якщо тривалість шокового стану перевищує 5-6 годин, не купірується лікарськими препаратами, а сам шок поєднується з аритміями і набряком легень, такий шок називають *ареактивным*.

***Розрізняють 3 ступені справжнього кардіогенного шоку:***

* І ступінь - відносно легкий, тривалість 3-5 годин, АТ - 90/50 - 60/40 мм рт. ст.;
* ІІ ступінь - середньої тяжкості, тривалість 5-10 годин, АТ - 80/50 -40/20 мм рт. ст.;
* ІІІ ступінь - дуже тяжкий, тривалість понад 10 годин, систолічний АТ менше 20 мм рт. ст., пульсовий тиск менше 15 мм рт. ст.

***Клінічна картина кардіогенного шоку:***

* Колір шкірних покривів (бліда, мармурова, ціаноз);
* Температура тіла знижена, липкий холодний піт);
* Дихання (часте, поверхневе, утруднене - диспное, на тлі падіння АТ наростають застійні явища з розвитком набряку легенів);
* Пульс (частий, малого наповнення, тахікардія, при зниженні АТ стає ниткоподібним, а потім перестає прощупуватися, може розвиватися тахі - або брадиаритмия);
* Артеріальний тиск (систолічний - різко знижений, часто не перевищує 60 мм рт. ст., а іноді й зовсім не визначається, пульсовий, якщо виходить виміряти діастолічний, виявляється нижче 20 мм рт. ст.);
* Тони серця (глухі, інший раз вловлюється III тон або мелодія протодіастоліческого ритму галопу);

***Невідкладна допомога:***

* викликати лакаря;
* надати повний психічний і фізичний спокій;

за призначенням лікаря проводиться:

* антиангінальна терапія (купірують больовий синдром): наркотичні анальгетики;
* у випадку низького центрального венозного тиску і загального периферійного опору доцільно – адреналін (4 мл 0,1 % р-ну + 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду), норадреналіну гідротартрат (2-4 мл 0,2 % р-ну + 1000 мл 5 % р-ну глюкози);
* реополіглюкін, реоглюман;
* глюкокортикоїди (дексаметазон, преднізолон);
* антитромбоцитні засоби (аспірин, клопідогрель, іпатон).  
  ***Догляд за пацієнтами з ГСН:***
* постійно проводити контрольні спостереження за пульсом пацієнта, АТ, ЧД;
* слідкувати за загальним станом пацієнта;
* змінювати натільну і постільну білизну;
* проводити профілактику пролежнів;
* надавати допомогу в харчуванні;
* стежити за фізіологічними відправленнями;
* стежити за добовим діурезом;
* за необхідністю ставити очисні клізми;
* проводити катетеризацію сечового міхура тощо.

***Прогноз.***

Прогноз при вазомоторному та вагусному зомлінні для життя сприятливий. При зомлінні на ґрунті органічних захворювань прогноз визначається характером ураження та можливостями його лікування.

Прогноз при колаптоїдних та шокових станах залежить від причин, які її викликали. У тяжких випадках можуть виникнути необоротні зміни, які призводять до смерті пацієнта.

***Профілактика.***

Профілактика зомління спрямована на боротьбу з вегетативними дисфункціями (здоровий спосіб життя, заняття фізичною культурою, профілактика стресів), своєчасне лікування основного захворювання.

Профілактикою колапсу та шоку є інтенсивне та адекватне лікування основного захворювання.

**Гостра серцева недостатність.**

***Гостра серцева недостатність* -**розвивається внаслідок порушення скоротливої здатності міокарда, зменшення систолічного і хвилинного об’єму серця.

Гостре порушення скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка веде до того, що він не в змозі перегнати в аорту всю кров, яка надходить з лівого передсердя, внаслідок чого розвивається застій крові у лівому передсерді та малому колі кровообігу.

Гостра серцева недостатність найчастіше виявляється у вигляді лівошлуночкової недостатності: серцевою астмою і набряком легень.

**Серцева астма.**

***Серцева астма***це синдром різкого фракції викиду лівого шлуночка, що супроводжується приступом задишки, яка переходить в ядуху**.**

***Причини:***

* вади серця;
* інфаркт міокарда;
* гіпертонічна хвороба;
* міокардити.

***Клініка:***

* ядуха (характерний симптом) – частіше в положенні лежачі;
* інспіраторна задишка;
* вимушене положення: пацієнт сидить в ліжку, опустивши ноги, упирається руками у ліжко, голова нахилена вперед;
* пацієнт наляканий, ловить повітря ротом;
* кашель турбує пацієнта під час приступу ядухи з виділенням незначної кількості харкотиння з домішками крові;
* шкіра та слизові оболонки бліді, з наростаючим ціанозом, вона покрита краплями поту (чоло, шия, груди, спина);
* грудна клітка розширена, на шиї виступають набухлі вени;
* дихання прискорене (30- 40 за 1 хв.);
* пульс - аритмічний, або прискорений;
* АТ – без особливостей;
* при аускультації – вологі хрипи в нижніх відділах легень;
* перкусія – коробочний звук.

Тривалість приступу – від декількох хвилин до кількох годин.

**Набряк легень*.***

***Набряк легень***це накопичення серозної рідини (трансудату) як в інтерстиціальній тканинні легень, так і в альвеолах.

***Причини:***

* інфаркт міокарда;
* гіпертензивний криз;
* вади серця;
* гострі отруєння;
* пневмонії;
* рак легенів та ін.

***Клініка:***

* набряк легень виникає під час сну (частіше), або вдень під час фізичного навантаження чи хвилювання;
* стан тяжкий;
* пацієнт збуджений;
* ядуха;
* задишка має інспіраторний характер або може бути змішаною;
* дихання прискорене, на відстанні чути клекочучі хрипи;
* кашель частий (або без кашлю) з виділенням великої кількості світлого або рожевого пінистого харкотиння (у тяжких випадках харкотиння тече з рота і носа);
* шкіра обличчя, шиї, грудної клітки вкрите краплями поту, поступово наростає ціаноз;
* набухають вени шиї;
* пульс – до 140 – 150 за 1 хв.;
* АТ – знижується;
* при аускультації – вологі хрипи;

при тривалому набряку легень:

* АТ поступово падає;
* пульс – важко простежити;
* дихання поверхневе;
* пацієнт не в змозі відкашляти харкотиння;
* ядуха прогресує і настає смерть.

Приступ триває декілька годин і припиняється лише після енергійних лікувальних заходів.

**Загальна програма**

**надання невідкладної допомоги при гострій серцевій недостатності*.***

1. Нормалізація емоційного стану, усунення гіперкатехолемії і  
   гіпервентиляції.
2. Зменшення переднавантаження (венозного повернення крові до серця )
3. Розвантаження малого колу кровообігу за допомогою діуретиків.
4. Зниження тиску в малому та великому колі кровообігу.
5. Оксигенотерапія.
6. Вентиляція легенів у режимі позитивного тиску на видиху.
7. Руйнування піни за допомогою піногасників.
8. Підвищення скоротливої функції міокарду.
9. Зменшення альвеолярно-капілярної проникливості.

Всі направлення лікувальної програми виконуються одночасно, пацієнту необхідно створити спокій, забезпечити доступ свіжого повітря, його слід посадити, але так, щоб ноги звішувалися з ліжка, таке положення зменшує венозний приплив крові до серця і полегшує стан пацієнта. У випадку гострої серцевої недостатності при інфаркті міокарда пацієнт знаходиться в полусидячому положенні. До стоп прикладають грілку, до гомілок гірчичники.

**Окремі позиції надання невідкладної допомоги:**

**1. *Нормалізація емоційного стану, усунення гіперкатехоламінемії та гіпервентиляції.***

При виконанні цієї програми відмічаються наступні зміни:

* Зникає відчуття страху смерті, проявляється заспокійлива дія.
* Нормалізується вміст катехоламінів у крові і зменшується ЗНОС (загальний периферичний опір судин).
* Знижується приплив крові та полегшується робота серця, що покращує відтік крові із малого колу кровообігу і зменшується фільтрація тканинної рідини через альвеолярно-капілярну мембрану.
* Зменшується задишка, що є реезультатом зниження припливу крові до легенів.
* Знижується інтенсивність обмінних процесів, що полегшує переносимість нестачі кисню.

Для виконання цієї програми застосовують такі лікарські засоби:

•***Морфіну гідрохлорид 1% розчин 1 мл.,***вводиться в\в повільно в 10 мл 0,9% розчину натрію хлориду. Якщо не можна.виконати ін'єкцію в\в, препарат вводять п\ш але дія його знижується. Після введення морфіну значно зменшується задишка (пригнічення дихального центру), знімається напруга і неспокій пацієнта, купірується больовий синдром (при інфаркті міокарда). Можливе зниження АТ. Не вводити при гострій серцевій недостатності, яка виникла на фоні хронічних обструктивних легеневих захворювань, бронхіальної астми, гострої пневмонії.

* ***Дроперідол - 0,25%розчин,***вводиться 1- 2мл в 10 мл 0,9% розчину натрію хлориду в\вповільно. Препарат надає значну заспокійливу дію, не викликає побічних явищ, властивих морфіну. Вводити під контролем АТ.
* ***Натрію оксибутірат 20% розчин****-*застосовують у пацієнтів з тенденцією до зниження АТ, вводити в\в 20-30 мл 20% розчину дуже повільно протягом 6-10хвилин. Надає значний заспокійливий ефект, сприяє нормалізації АТ.

***2.******Зменшення венозного повернення крові до серця (переднавантаження)***

При виконанні цього розділу лікувальної програми зменшується переднавантаження, правого шлуночка, знижується тиск в легеневій артерії, розвантажується ма­ле коло кровообігу.

Для виконання програми застосовують такі препарати:

* ***Нітрогліцерин 0,5 мг -*** значно зменшує переднавантаження, розширює коронарні артерії, покращує коронарний кровоток. При помірних застійних явищах в легенях і відсутності змін АТ можна обмежитися прийомом нітрогліцерину сублінгвально в дозі 0,5 мг з інтервалом 15-20 хвилин (повторюють 3-4 рази за годину). При значних явищах застою в легенях (вологі хрипи вислуховуються більше ніж над половиною легенів ), нітрогліцерин вводиться в\в крапельно. При введені проводять постійний контроль АТ, систолічний тиск не повинен бути нижче 60 мм. рт. ст.
* ***Для зменшення переднавантаження застосовують накладення джгутів або манжеток*** від апарату для вимірювання АТ на кінцівки.В якості джутів застосовують широкі резинові трубки. Джгути накладають на 15 см нижче пахвинної ділянки і на 9 см нижче плечового суглоба. Одночасно слід пережимати три кінцівки. Кожні 15 хвилин один із джгутів необхідно знімати і перекладати на вільну кінцівку.  
  Тиск накладених джгутів повинен бути нижче систолічного АТ (артеріальний пульс повинен промацуватися нижче джгутів). Метод протипоказаний при наявності тромбофлебіту і варикозного розширення вен.

***3. Розвантаження малого колу кровообігу за допомогою діуретиків:***

З метою розвантаження малого кола кровообігу застосовують швидкодіючі діуретики:

• ***Фурасемід в дозі 40 мг*** в\в, при відсутності ефекту можна додатково через 60 хв ввести 40 мг. Діуретичний ефект фурасеміда починається через декілька хвилин і продовжується 2-3 години з виділенням до 2 літрів сечі. При цьому знижується об'єм плазми крові і підвищення колоїдно-осмотичного тиску за рахунок згущення крові, що обумовлює перехід набрякової рідини в судинне русло, зниження кровонаповнення легенів і зменшення тиску в легеневій артерії. Введення проводити під ретельним контролем АТ (зниження ОЦК). Внутрішньовенне введення фурасеміду викликає венодилятуючий ефект, зменшуя венозний приплив крові і зупиняє прогресування набряку легенів.

***4.3ниження тиску в малому і великому колі кровообігу.***

До зниження тиску в малому колі кровообігу приводять всі вищепереліковані програми.

Для зниження тиску у великому колі застосовують гангліоблокатори. Вони викликають наступні ефекти:

* Депонування крові в судинах великого колу кровообігу, зниження припливу крові до серця і хвилинного об'єму крові.
* Зменшення легеневого об'єму крові і перерозподілу крові із малого кола у велике коло кровообігу.
* Зменшення ЗПОС в великому колі кровообігу, зниження системного тиску.
* Зменшення механічної роботи обох шлуночків, особливо лівого.

Лікування гангліоблокаторами проводять під ретельним контролем АТ, яке повинно вимірюватися кожні 2 – З хвилини на руці вільній від крапельного введення ліків. Застосування гангліоблокаторів протипоказано при артеріальній гіпотензії.

Звичайно застосовують 5% розчин пентаміна 1 - 2мл в 20мл 0,9% розчину натрію хлориду повільно протягом 10 - 15 хвилин. Також широко використовується бензоексоній

При значній артеріальній гіпертензіії застосовують 0,01 % розчин клофеліну в 10 мл 0,9% розчину натрію хлориду повільно в\в. Легеневу гіпертензію можна також зменшити застосовуючи еуфілін 2,4 % розчин 20 мл в\в повільно.

Але введення еуфіліну при набряку легенів проводять тільки при наявності бронхоспазму і протипоказано при інфаркті міокарда, електричній нестабільності міокарду (порушення серцевого ритму і провідності).

**5. *Оксигенотерапія.***

Проводиться з метою покращення насичення крові киснем. Частіше кисень інгалюють за допомогою носових катетерів, введених на 6-8см. Застосовують інгаляції зволоженого кисню. Можливе проведення оксигенації за допомогою маски, яка закриває ніс і рот.

***6. Вентиляція легенів в режимі позитивного тиску на видиху.***

За допомогою цього методу збільшується протитиск фільтрації в альвео­лах і утруднює перехід трансудату крові із капілярів малого колу кровообігу, завдяки чому набряк легенів зменшується. Крім цього, дихання із опором на видиху зменшує венозне повернення крові до серця і розвантажує мале коло кровообігу. Метод особливо показаний при важкому набряку легенів.

Для проведення вентиляції в режимі позитивного тиску в кінці видиху (ПТКВ) видихає через трубку, яку опускають на 6-8 см у воду.

***7 . Руйнування піни в альвеолах****.*

Руйнування піни (застосування піногасників ) має велике значення, так як при набряку легенів утворюється велика кількість піни в альвеолах, що знижує дихальну поверхню легенів, виникає тяжка задишка. Для піногасіння застосовують наступні методи:

* Інгаляція кисню, який пропускають через 70° етиловий спирт - зникнення клекочучого дихання відмічають вже через 10 - 15 хвилин.
* Внутрішньовенне введення 96° етилового спирту із 15мл 5% розчину глюкози.
* Інгаляції 2 - Змл 10% спиртового розчину антифомсілану протягом 10-15 хвилин. Препарат має низьку токсичність і велику протипінну активність. Перед інгаляцією необхідно зняти психомоторне збудження пацієнта. При швидкому наростанні набряку і дихальної недостатності, втратою пацієнтом свідомості - переведення на штучну вентиляцію легенів з аспірацією піни із дихальних шляхів.

***8. Підвищення скоротливості міокарда.***

З метою підвищення скоротливості міокарда на фоні артеріальної гіпотензії застосовують в\в крапельне введення дофаміну. На фоні тахісистолічної форми миготливої аритмії застосовують серцеві глікозиди.

***9. Зменшення альвеолярно-капілярної проникливості.***

Значно зменшити альвеолярно-капілярну проникливість можуть глюкокортикоїдні препарати. Їх застосування показано при набряку легенів на фоні гіпотензії

***Догляд за пацієнтами з гострою серцевою недостатністю:***

* м/с уважно спостерігає за пацієнтом безперервно, цілодобово;
* спостерігає за виразом і кольором його обличчя;
* спостерігає за ритмом дихання, поведінкою тощо;
* помітивши зміни, терміново доповідає черговому лікарю;
* велике значення має догляд за пацієнтами, особливо годування, загально гігієнічні заходи, забезпечення фізіологічних відправлень;
* потрібно сприяти своєчасному випорожненню кишок (дають проносні засоби, а за необхідністю робити очисні клізми);
* важливим є забезпечення нормального діурезу: якщо пацієнт самостійно не може випорожнити сечовий міхур, застосовують катетер;
* потрібно старанно доглядати за шкірою пацієнта;
* потрібно утримувати тіло пацієнта в чистоті;
* щоранку треба дати пацієнтові вмитися;
* перед кожним прийманням їжі – вимити руки;
* потрібно підмивати пацієнта;
* міняти натільну та постільну білизну по мірі її забруднення;
* проводять профілактику пролежнів;
* потрібно дбати про загальний психічний стан пацієнта: усувати збудливі та пригнічу вальні моменти (шум у палаті, хвилюючі розмови, перебування в одній палаті з умираючим пацієнтом).

**Хронічна недостатність кровообігу (ХНК).**

***Хронічна недостатність кровообігу***– патологія, яка виникає при різних захворюваннях, внаслідок яких уражається серце і порушується його скоротлива функція.

***Етіологія***:

* кардіосклероз;
* кардіоміопатія;
* дифузні захворювання сполучної тканини;
* вади серця;
* артеріальна гіпертензія;
* міокардити;
* токсико-алергічні ураження міокарда;
* ІХС.

ХНК розвивається поступово з повільним наростанням симптомів.

За класифікацією Стражеско - Василенко виділяють 3 стадії:

* ***І стадія*** – початкова, прихована: задишка, тахікардія, ціаноз з`являються при фізичному навантаженні. У легенях незначні застійні явища. Надвечір відзначається припухлість ніг, яка до ранку зникає. Печінка не збільшена.
* ***ІІ стадія***– виражена: задишка і тахікардія більш виражені, з`являються при незначному фізичному навантаженні, а в подальшому стають постійними.

***ІІ А період***– «початок довгої стадії». Задишка та тахікардія виникають при незначному фізичному навантаженні. Спостерігається ціаноз, блідість шкіри, похолодання кінцівок, помірно збільшується печінка, під вечір з`являються набряки на ногах, але до ранку вони минають.

***ІІ Б період***– «кінець довгої стадії». Акроціаноз, тахікардія, у легенях вологі хрипи, печінка значних розмірів, набряки різко виражені, асцит, гідроторакс, анасарка.

* ***ІІІ період***– термінальна, незворотна, дистрофічна. У цій стадії в органах і тканинах виникають глибокі незворотні структурно-функціональні зміни (кардіальний цироз печінки, загальне виснаження), повна втрата працездатності.

***Лікування*** (спрямоване насамперед на поліпшення якості та збільшення тривалості життя пацієнта):

* ***дієтотерапія:***

1. хворі з помірною серцевою недостатністю повині обмежувати добове споживання солі до 2-3 г, та менше 2 г при значних порушеннях гемодинамики;

2. повна відмова від вживання алкоголю;

3. не палити;

* ***медикаментозне лікування***:

1. діуретики (фурасемід, урегіт);
2. серцеві глікозиди (дигітоксин, строфантин-К);
3. периферичні вазодилататори (гідралазин, ізосорбіду динітрат);
4. симпатоміметики (добутамін, допексамін);
5. бета-адреноблокатори (обзидан, метопролол, бісопролол, карведилол);
6. інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (каптоприл, еналаприл);
7. блокатори рецепторів ангіотензину ІІ (лозартан, апровель).

* ***пацієнти із СН підлягають поетапній реабілітації*** (стаціонар – поліклініка – санаторій).

***Прогноз.***

У легких випадках настає одуження, і всі хворобливі явища зникають. При наявності ускладнень прогноз несприятливий. При експертизі працездатності за умов наявності ознак СН ІІА – ІІБ стадій через МСЕК оформляють інвалідність.

***Профілактика:***

* необхідно усунути причини, що спричинили захворювання.

***Порушення серцевого ритму***

***Синусова тахікардія*** – збільшення частоти серцевих скорочень від 90 до 150-180 за 1 хвилину при збереженні правильного синусового ритму.

***Синусова брадикардія***– зменшення частоти серцевих скорочень від 59 до 40 за хвилину при збереженні правильного синусового ритму.

***Синусова аритмія***– неправильний синусовий ритм, який характеризується періодами прискорення і сповільнення ритму.

***Екстрасистолія***– передчасне скорочення всього серця або його окремих частин, зумовлене механізмом повторного входу або підвищеною осциляторною активністю клітинних мембран, яке виникає у передсердях, атріовентрикулярному з`єднанні чи в інших ділянках провідної системи серця.

***Миготлива аритмія***– порушення серцевого ритму, при якому протягом усього серцевого циклу спостерігається хаотичне збудження і скорочення окремих м’язових волокон передсердь із частотою 350-700 за хвилину.

***МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ***

***Основні симптоми захворювань шлунка:***

* ***біль –*** (деталізують за такими ознаками: характер, локалізація, тривалість, іррадіація, ритм)***;***
* ***диспепсичні розлади:***
* **шлункова диспепсія*:***відчуття неприємної повноти в шлунку, відрижку, печію, зригування, нападоподібну слинотечу, відсутність апетиту, нудоту, блювання**;**
* **кишкова диспепсія:**бурчання в животі, закрепи, здуття живота, пронос**;**
* ***шлунково-кишкові кровотечі.***

***Гострий гастрит***

***Гострий гастрит***– це гостре запальне захворювання слизової оболонки шлунку, яке супроводжується порушенням моторики та секреції.

Розглянемо гострий гастрит з точки зору організації медсестринського процесу.

**Етіологія:*екзо- або ендогенного походження***.

***Екзогенні фактори:*** - переїдання після тривалого утримання від їжі; - надмірне споживання гарячої їжі; - вживання недоброякісної їжі; - зловживання гострими приправами; - вживання алкоголю (особливо сурогатів); - ушкодження слизової оболонки шлунка (ацетілсаліцилова кислота, препарати йоду, брому, сульфаніламідів, наперстянки); - отруєння; - вживання харчових продуктів, інфікованих мікроорганізмами (сальмонелами, стафілококками); - алергія на продукти.

***Ендогенні фактори:*** - інфекційні захворювання (пневмонії, скарлатина, дифтерія, тиф); - при нирковій, легеневій недостатності; - цукровому діабеті; - алергічні хвороби; - масивний розпад білків (опіки, переливання крові іншої групи.

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта*: - відчуття важкості у надчеревній ділянці; - печія;***

***- помірний біль в епігастрії; - неприємний присмак у роті; - відрижка зужитою їжею; - пронос; - загальна слабкість; - нудота; - головокружіня; - озноб; - блювання,***яке тимчасово приносить полегшення.

**Б. Анамнестичні дані:**

- початок гострий; **-**дія етіологічного фактору; - тривалість Г.Г. та його наслідки залежать від причини та глибини пошкодження.

***Об’єктивні методи обстеження***(загальний стан залежить від тяжкості):

***- шкіра -***бліда, вкрита холодним потом;**- *язик -*** обкладений сіро- білим нальотом;

***- температура тіла -***частіше нормальна, але при харчовій токсикоінфекції - 38-39оС;

***- живіт*–** здутий; **- *при пальпації*** ***живота -***болісний в епігастральній ділянці;

**- PS –**частий; **АТ** – дещо знижений; **- *аналіз крові -***лейкоцитоз,збільшена ШОЕ**.**

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**- печія; - відрижка; - нудота; - блювання; - пронос;- озноб;

- головокружіня; - загальна слабкість; - біль в епігастрії пов’язані з ймовірною або доведеною дією етіологічного фактору.

**Потенційні проблеми:**синдром Мелорі-Вейса (надриви слизової оболонки шлунка внаслідок неодноразового блювання та поява домішок крові в блювотних масах через це), процес може набути затяжного характеру тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- печія; - відрижка; - нудота; - блювання; - пронос;- озноб;- головокружіня; - загальна слабкість; - біль в епігастрії, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Надання невідкладної допомоги.

2. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та його оточення режиму та принципам раціонального харчування.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

1. При отруєнні, інтоксикації:

1.1. Промивання шлунку теплою водою з допомогою товстого зонду до чистих промивних вод.

1.2. Очисна або сифонна клізма.

2.1. Взяття перших промивних вод для лабораторного дослідження.

3.1. Усунення дії етіологічного фактору.

3.2. Спостереження та контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, РS, ЧДР.

3.3. Забезпечення ліжкового режиму.

3.4. Допомога у виконанні гігієнічних заходів (полоскання ротової порожнини, підмивання).

3.5. Зігрівання пацієнта при ознобі (укутування, грілка до ніг).

3.6. Упродовж перших 2 діб - утримуватися від їжі (з достатньою кількістю рідини). Після цього дієту поступово розширюють.

3.7. При болях в шлунку (катаральному простому гастриті) - грілка на ділянку шлунку.

3.8. Допомога пацієнтові в пересуванні, при блюванні.

4. Виконання призначень лікаря:

4.1. Знеболюючі препарати беладонни (белалгін, бесалол).

4.2. Адсорбуючі: активоване вугілля, біла глина, ентеросгель, смекта.

4.3. Антибіотики.

4.4. При алергічному гастриті: антигістамінні препарати (піпольфен, супрастин, діазолін).

4.5. При зневодненні: введення сольових розчинів перорально, внутрішньовенно.

4.6. При ГССН: кордіамін, мезатон, кофеїн.

5. Вирішення супутніх проблем пацієнта.

6. Навчання пацієнта та його оточуючих режиму та принципам раціонального харчування.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Покращення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Прогноз:**

1. Для життя та працездатності сприятливий.

2. Легкі форми простого гастриту після своєчасного лікування проходять безслідно.

3. Проте в деяких випадках процес може набути хронічного перебігу.

**Профілактика:**

***1. Громадська профілактика:***

- санітарний нагляд за продуктами харчування на шляху до їх споживання;

- особливу увагу слід звернути на продукти, які не піддаються попередній термічній обробці: м’ясний і рибний холодець, паштети, деякі сорти ковбас, торти, домашній сир;

- дотримання правил особистої гігієни працівниками харчоблоків, закладів громадського харчування;

- проводити періодичні профілактичні огляди, обстеження на кишкову групу працівникам громадського харчування.

***2. Індивідуальна профілактика:***

- раціональне харчування (потрібно уникати переїдання, споживання сумнівних страв);

- дотримування правил особистої гігієни.

***Хронічний гастрит.***

***Хронічний гастрит***– хронічне запально-дистрофічне захворювання слизової оболонки шлунка, яке супроводжується перебудовою її структури та прогресуючою атрофією, порушенням його секреторної і моторної функцій.

Хронічний гастрит - одне із найпоширеніших захворювань органів травлення. Він становить 80-85% усіх хвороб шлунка.

**Етіологія: *екзо- або ендогенного походження***.

***Екзогенні фактори:*** - погане пережовування їжі; - порушення режиму харчування; - харчування всухом’ятку; - вживання дуже гарячої їжі; - зловживання спеціями, алкоголем; - тривале куріння; - дія лікарських препаратів (саліцилати, препарати йоду, нестероїдні протизапальні засоби тощо); - нервово-психічні стреси; - повторні гострі гастрити; - інфекція (Helicobacter pylori).

***Ендогенні фактори:*** - патології ендокринних залоз; - хронічні інфекції (ХНК, ХНН, хронічні хвороби легень); - генетичні та алергічні чинники тощо.

**Класифікація хронічних гастритів:**

Згідно з цією класифікацією розрізняють такі ***типи гастритів:***

***За етіологією***

**- Аутоімунний хронічний гастрит (тип А)** - захворювання, в основі якого лежить вироблення аутоантитіл до парієтальних клітин слизової оболонки шлунка, що виробляють HCl і внутрішній фактор. Внаслідок їхньої атрофії розвиваються ахлоргідрія та компенсаторна гіпергастринемія, порушується всмоктування ціанкобаламіну та виникає В12-дефіцитна анемія.

**- Бактеріальний хронічний гастрит (тип В)** становить близько 80 % усіх випадків гастриту. Зміни локалізуються найчастіше в антральному відділі. У пацієнтів виявляють мікроорганізми Helicobacter pylori.

Згідно з рекомендаціями Сіднейської конференції, його називають Н.Р***.-асоційованимгастритом.*** Цей тип гастриту виявляється в переважної більшості пацієнтів із виразковою хворобою (вважається, що він є однією з причин утворення виразок). Секреторна функція не порушена чи підвищена, що відрізняє його від типу А.

**- Змішана форма (тип АВ)** найчастіше зустрічається у термінальних випадках при дифузній атрофії слизової оболонки шлунка.

**- Хімічний хронічний гастрит (**тип**С)** (справжній лужний рефлюкс-гастрит) обумовлений закиданням у шлунок жовчі та вмісту 12-палої кишки. Такий гастрит нерідко розвивається внаслідок резекцій шлунка. При такому типі гастриту Helicobacter pylori не виявляється.

**- Алкогольний.**

Приблизно 70% усіх хронічних гастритів припадає на гастрити, асоційовані з Helicobacter pylori, 15-18% становлять гастрити аутоіммунного походження, близько 10%- гастрити пов’язані із вживанням нестероїдних протизапальних засобів, менше 5%- рефлюкс-гастрити і 1% - рідкісні форми хронічного гастриту.

**За топографією:** гастрит антрального відділу шлунка (тип А), гастрит тіла та пілоричного відділу шлунку (тип В), пангастрит.   
***За морфологією:*** атрофічний, неатрофічний.

***За ступенем важкості*** - легкий, помірний, важкий.

***Особливі форми:***

- гранульоматозний;

- еозинофільний;

- лімфоцитарний;

- гіпертрофічний;

- поліпозний.

***За кислотопродукуючою функцією шлунка***:

- Хронічний гастрит з підвищеною та збереженою (нормальною) секрецією.

- Хронічний гастрит зі зниженою секреторною функцією (помірною та значно вираженою).   
***Фази перебігу***: загострення, ремісії.

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта*:***

**1. Хронічний гастрит із пониженою кислотністю (тип А*)***частіше буває у осіб зрілого і похилого віку і проявляється: ***-* *тупі, ниючі болі в епігастрії одразу після їжі;******- зниження апетиту; - металевий присмак в роті; - відрижка тухлим; - проноси;******- печія після прийому вуглеводної їжі; - бурчання та метеоризм; - погана переносимість молока; - схуднення.***

**2. Хронічний гастрит із нормальною або підвищеною кислотністю шлункового вмісту (тип В)**виникає частіше у людей молодого віку і проявляється: - ***відрижкою кислим;***

***- періодичний біль або тяжкість в епігастрії, що виникають через 1-2 год. після прийому їжі; - голодний біль; - нудота; - печія; - закрепи; - схуднення; - загальна слабкість; - зниження працездатності.***

**Б. Анамнестичні дані:**

**1. Хронічний гастрит із пониженою кислотністю шлункового вмісту (тип А):**

- вік 20-40 років; - початок хвороби поступовий; - куріння; - незадовільні соціально-побутові умови.

**2. Хронічний гастрит із нормальною або підвищеною кислотністю шлункового вмісту (тип В):**

- куріння;

- незадовільні соціально-побутові умови.

***Об’єктивні методи обстеження***:

**1. Хронічний гастрит із пониженою кислотністю шлункового вмісту (тип А):**

***- язик -*** обкладений білим нальотом; -***ясна –***кровоточиві; ***-*** ***при пальпації*** ***живота-***болісність в епігастральній ділянці, бурчання в навколопупковій ділянці; ***зменшення маси тіла; - шкіра –***суха, бліда.

**2. Хронічний гастрит із нормальною або підвищеною кислотністю шлункового вмісту (тип В):**

***- язик –*** чистий або обкладений біля корення; ***- при пальпації*** ***живота- локальна***болючість в пілородуоденальній зоні.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**- біль в епігастрії; - печія; - нудота; - метеоризм; - відрижка; закрепи, - проноси; - погіршення апетиту.

**Потенційні проблеми: -**страх розвитку раку шлунка; - після виписки можливе виникнення нового загострення, відсутність результату лікуваннятощо***.***

**Складемо медсестринський діагноз:**поганий апетит; нудота; блювання, біль в епігастрії, метеоризм, страх розвитку раку шлунка, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконувати лікарські обстеження.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6.Навчання пацієнта та його оточуючих само-і взаємодогляду.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

1.1. Підготовка пацієнта та взяття шлункового вмісту для фракційного дослідження.

1.2. Підготовка пацієнта до внутрішньошлункової РН-метрії (сучасний метод визначення секреторної функції шлунка).

1.3. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, антитіла до Нр,

2.1. Підготовка пацієнта до фіброезофагогастродуоденоскопії з біопсією.

2.2. Підготовка пацієнта до R-скопії шлунка.

2.3. Підготовка пацієнта до тестів на виявлення Нр (інвазивних та неінвазивних).

3.1. Створення комфортних умов для пацієнта. Режим - амбулаторний, у тяжких випадках- госпіталізація (палатний).

3.2. Контроль та допомога в дотримуванні пацієнтом правил особистої гігієни.

3.3. Контроль та допомога в дотримуванні пацієнтом дієти №1а (загострення), №1 (затихання загострення), №2 (неповна ремісія), №15 (повна ремісія).

3.4. Постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, РS, ЧДР, зважування.

3.5. Дача м `ятних крапель при нудоті.

3.6. Дача лужних напоїв при печії.

3.7. Застосування активованого вугля.

3.8. Постановка очисної клізми при закрепах.

4.1. **При хронічному гастриті типу А:**

4.1.1. При ліквідації загострення запалення слизової оболонки шлунку:

- ***протизапальні:***листя подорожника, плантаглюцид, вентер, настій трави деревію, квіток ромашки, м’яти, корення валеріани, трави звіробою;

***- цитопротектори:*** сукральфат.

4.1.2. Для зняття болей та диспептичних розладів:

***- прокінетики:***цизаприд, домперидон, метоклопрамід;

***- спазмолітики:***но-шпа, нікошпан, метеоспазміл, ріабал;

***- нейролептики:*** сульпірид, афобазол.

4.1.3. Для корекції порушень шлункової секреції:

- **при зниженній** – ***стимуляція:*** пентагастрин, лімонтар, гістаглобін, прозерин, етімізол.

***- збалансовані полівітаміни:*** дуовіт, мультітабс;

***- замісна терапія:*** шлунковий сік, пепсиділ, пепсин, ацидин-пепсин, абомін, панзінорм.

4.1.4. Для корекції порушень травлення:

***- ферменти:*** якщо є проноси - креон, сомілаза, панкреатин, ораза, мезим-форте; якщо їх немає - фестал, холензим;

***- вітаміни:***вітамін В12,кобамамід (при мегалобластичній анемії); конферон, фероплекс, фероградумент (при залізодефіцитній анемії).

- для корекції порушень обміну речовин:***- анаболіки:***неробол, ретаболіл;   
***-амінокислоти:***альвезин, поліамін.

4.1.5. Корекція моторних порушень: цизаприд, еглоніл; - ***спазмолітики:***ношпа, папаверин.

4.1.6. Для стимуляції регенерації: ***- пірімідинові препарати:***пентоксил, метилурацил;

***- анаболіки:***рибоксин, неробол, ретаболіл; **- стимуляція мікроциркуляції -**олія обліпіхи , солкосеріл.

4.1.7. ***Фітопрепарати:***полин, подорожник, чебрець, петрушка, пастернак, фенхель, звіробій, календула, материнка, тмин.

4.1.8. ***Фізіопроцедури:***синусоїдальні модульовані струми, діадинамотерапія,

внутрішньошлунковий електрофорез, гальванізація, парафіно-, озокеритопроцедури тощо в період ремісії.

4.1.9. Санаторно- курортне лікування в період ремісії.

***Мінеральні води:*** ("Миргородська", "Слов'янівська" - у теплому вигляді за 15-20 хв. до їжі, невеликими ковтками, по 1/2-1 склянці 2-3 рази на день).

4.2. **При хронічному гастриті типу В:**

4.2. 1. Ліквідація гелікобактерної інфекції (ерадікація):

***- препарати вісмуту:*де-нол**, вікалін, вікаір;

***- АТ:***беталактамні (амоксіциллін, амоксіцилліна клавуланат), тетрациклін (доксициклін); макроліди (кларитроміцин, еритроміцин, рокситроміцин); інгібітори протонної помпи (омепразол, пантопразол, езомепразол).

4.2.2. Для ліквідації запального процесу в слизовій оболонці під час загострення:

***- препарати вісмуту:*** де-нол; рослинного походження (калефлон).

4.2. 3. Для корекції порушень шлункової секреції:

- якщо є підвищена секреція ***- антисекреторні препарати:***ранітидин, циметидин, ульфамід, роксатидин; омепразол, парієт; ***препарати алюмінію:*** альмагель, фосфалюгель;

***- препарати М-холінолітики:*** платифілін, метацин, гастроцепін.

4.2.4. Для корекції порушень моторної функції:

***- міотропні спазмолітики:***но-шпа, нікошпан, папаверин;

***- прокінетики:***цизаприд, метоклопрамід, домперидон.

4.2.5. Для стимуляції регенерації слизової оболонки шлунка (див. п. 4.1.6.).

4.2.6. ***Фітопрепарати:***сік картоплі, капусти, алое, ревінь.

4.2.7. ***Фізіопроцедури:***ультразвукові процедури, гальванізація, електрофорез,

діадинамотерапія, синусоїдальні модульовані струми, парафіно-, озокеритопроцедури тощо.

4.2.8. Санаторно- курортне лікування. ***Мінеральні води:*** ("Лужанська", "Поляна Квасова, "Моршинська" - у теплому вигляді, без газу, по 3/4 склянки 3 рази на день за 1-1,5 години до їжі).

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта та оточуючих правилам раціонального харчування.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Покращення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз:***

***-***за наявністю нормальної і підвищеної секреторної функції шлункасприятливий;

***-***у разі зниженої шлункової секреції, особливо в разі ахілії погіршується (рак шлунка).

***Профілактичні заходи включають:***

- «Д» нагляд за пацієнтами, регулярно обстежуватися для виключення малігнізації та утворення виразок;

- раціональне харчування;

- збереження режиму харчування;

- відмову від куріння, алкоголю;

- проводити санацію порожнини рота;

- лікування гострих гастритів;

- своєчасне лікування захворювань органів черевної порожнини:

- усувати професійні шкідливості;

- здоровий спосіб життя;

- санаторно-курортне лікування рекомендується в період ремісії (Закарпаття, Моршин, Одеса, Миргород);

- проти рецидивні курси лікування по рекомендації лікаря з середини вересня та з кінця лютого на 1 -2 місяці;

- огляд проводять 1-2 рази на рік;

- пацієнтам здійснюють гастродуоденоскопію або рентгенологічне дослідження шлунка, фракційне дослідження шлункового соку.

***Виразкова хвороба (ВХ) шлунка та 12-палої кишки (пептична виразка).***

***Виразкова хвороба –***хронічне рецидивуюче захворювання з утворенням виразки в шлунку та в дванадцятипалій кишці, в більшості випадків викликаних гелікобактерією пілоричною (Нр).

У структурі поширеності хвороб органів травлення на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки припадає 12,83%. За даними МОЗ України, захворюваність на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки в Україні в 2010 році склала 127,3 осіб на 100 тис. населення (абсолютні значення – 58293,0), поширеність – 2299,4 на 100 тис. населення (абсолютне значення – 1052741,0). Порівняно з 2009 роком захворюваність і поширеність пептичної виразки дещо знизилась.

Захворювання частіше спостерігається серед працівників водного та залізничного транспорту, телефоністок, медичних працівників. Захворюваність на виразкову хворобу вища в малозабезпечених верствах суспільства. Пептична виразка12-палої кишки трапляється в 4 рази частіше, ніж пептична виразка шлунка. Виразковою хворобою шлунка хворіють особи 45-60 річного віку. Виразковою хворобою12-палої кишки хворіють здебільшого молоді люди (30-40 років). Співвідношення жінок і чоловіків становить 1:7.

**Етіологія.**Виразкова хвороба – поліетіологічне захворювання.

***Екзогенні фактори:***

- нерегулярне, незбалансоване за змістом Б, Ж, В, вітамінів харчування;

- шкідливі звички (куріння, алкоголь);

- медикаментозні впливи (аспірин та інші нестероїдні протизапальні засоби);

- надмірні нервово-психічні навантаження;

- професійні шкідливості;

- інфекція Helicobacter pylori (приблизно 80% випадків виразки шлунка та приблизно 95% випадків виразки дванадцятипалої кишки). Сучасні онкологи та ендоскопісти запевнюють, що за даними статистичного аналізу історій хвороб пацієнтів з виразками шлунку будь-яка виразка шлунку є первинно малігнізованою.

***Ендогенні фактори:***

- генетична схильність;

- гіперпродукція соляної кислоти;

- гіпопродукція мукопротеїнів та слизу;

- молодий вік;

- чоловіча стать;

- група крові 0(І).

**Класифікація ВХ шлунка та 12-палої кишки.**

***1.*** ***За наявністю Helicobacter pylori***:

- асоційована з Нр;

- не асоційована зНр.

***2.*** ***За локалізацією виразки:***

2.1. Шлунок (кардіального та субкардіального відділів, тіла шлунка, антрального відділу, воротарного каналу).

2.2. Дванадцятипала кишка (цибулини, позацибулинного відділу).

2. 3. Шлунок і дванадцятипала кишка одночасно.

***3.За розмірами виразкового дефекту:***

- мала виразка (до 0,5 см);

- середня виразка (0,6-1,9 см);

- велика виразка (2,0-4,0 см);

- гігантська (понад 5,0 см).

***4. Стадії:***

І - неускладнена виразка, що вперше виявлена та з легким перебігом;

ІІ - неускладнена виразка з частими рецидивами (щорічно);

ІІІ- ускладнена пептична виразка;

ІY- рецидиви пептичної виразки після оперативного лікування.

***5. Клінічні варіанти:***

- типовий;

- гастритичний;

- юнацький;

- «пізня» виразка;

- «німа» виразка;

- змішаний варіант.

***6. За перебігом:***

- вперше виявлена;

- легкий (один рецидив на рік і рідше);

- середньої тяжкості (рецидиви двічі на рік);

- тяжкий (рецидиви - більше 2 разів на рік або наявність ускладнень).

***7. Періоди:***

- загострення з рецидивом виразки;

- загострення без рецидиву виразки;

- ремісія.

***8. Ускладнення:***

- кровотеча;

- перфорація;

- пенетраця;

- перивісцерит;

- стеноз вихідного відділу шлунка, цибулини та поза цибулинного відділу 12–палої кишки;

- малігнізація.

***9. Симптоматичні виразки:***

- стресові;

- медикаментозні;

- при захворюваннях внутрішніх органів (гепатогенні, панкреатогенні, при атеросклерозі);

- при інших хворобах (сифіліс, туберкульоз).

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги *:***

***1.*больовий синдром**(у надчеревній ділянці)– провідний клінічний прояв пептичної виразки (залежить від прийому їжі)**:**

***- при виразковій хворобі шлунка –*** через 15 – 60 хвилин після вживання їжі, так званий ***ранній біль;*** Формула Мойнігейма «їжа-біль-спокій»; *біль проходе після блювання*;

***- при виразковій хворобі 12-палої кишки*** - через 1,5-3 год після вживання їжі, так званий ***пізній біл***ь; також характерний і ***голодний біль***– через 3-4 год. Формула Мойнігейма «біль -їжа- спокій»; болі зникають при прийомі їжі (молока, сухаря);

- ***характерна також циклічність кожного больового нападу*** – поступове наростання болю, досягнення максимальної вираженості, повільне зниження інтенсивності болю до повного його усунення ( тривалість 1 больового циклу може сягти 2-3 годин);

- ***вираженість і характер болю різноманітні*** –сприймається, як болісне, ниюче відчуття голоду; відчуття повноти, розпирання; може бути пекучого, стисного, ріжучого, роздираючого болю;

- ***іррадіація болю***з`являється тільки при ускладненнях;

**2. диспепсичний синдром:**

- печія (виражена, нестерпна), яка посилюється в лежачому положенні;

- відрижка кислим;

- нудота;

- блювання;

- апетит збережений, часто навіть підвищений;

- закрепи;

- метеоризм;

- слиновиділення;

***3.*астеноневротичний синдром:**

- підвищена тривожність;

- високий рівень запитів;

- розлади сну тощо.

**Б. Анамнестичні дані :**

**-**вік: виразка шлунку - 45-60 р.; виразка 12-палої кишки - 30-40 років;

- дія етіологічних факторів;

- поступовий початок хвороби;

- хвилеподібний перебіг (загострення змінюється ремісією);

- сезонність (весна – березень, квітень, осінь - жовтень, листопад);

- в анамнезі супутні хвороби: БА, емфізема легень, серцева недостатність тощо.

***Об’єктивні методи обстеження:***

***1. вимушене положення при болю***– лежать на боці (або спині) з притягнутими до живота колінами або сидить навпочіпки, здійснюючи тиск на ямку під грудьми стиснутою в кулак рукою;

***1. шкіра -***бліда**;**

***2.*** ***язик –*** обкладений сірувато-жовтим нальотом (при медіагастральних виразках); при дуоденальних виразках –язик чистий, вологий, з вираженими сосочками**;**

***3. живіт*-** болючийпри пальпації в епігастрії або точці проекції 12-палої кишки (чітко пов'язаний з прийомом їжі);

***4. при пальпації*** ***живота -***болісний у надчеревній ділянці, позитивний симптом Менделя;

***5. язик -***з білим або сіруватим нальотом;

***6. артеріальна гіпотонія.***

***Додаткові методи обстеження:***

1. рентгенологічне дослідження ("ніша", конвергенція складок, запальний вал, пото-вщення складок слизової шлунка);

2. фіброезофагогастродуоденоскопія – «золотий стандарт»;

3. комп’ютерна внутрішньошлункова інтрагастральна рН-метрія;

4. електрогастрографія;

5. радіоізотопне сканування шлунка;

6. багатопозицiйна бiопсiя країв виразки й слизової оболонки шлунка.

7. коагулограма.

8. загальний і біохімічний аналіз крові;

9. Кло-тест, АТ до Нр, уреазний тест.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**- нудота;- блювання;- біль у надчеревній ділянці;- закрепи; - печія; - тривога перед гастроскопієютощо.

**Потенційні проблеми:**

- можлива шлункова кровотеча; - можлива перфорація виразки; - страх розвитку раку шлунка тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**нудота; блювання; біль у надчеревній ділянці, закрепи; печія; тривога перед гастроскопією, можлива шлункова кровотеча, перфорація виразки, страх розвитку раку шлунка, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень;

- підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження;

- спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем;

- виконання лікарських призначень;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІY етап сестринського процесу – реалізація плану медсестринських втручань:***

1.1. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК

1.2. Підготовка пацієнта та взяття калу на приховану кров

1.3. Підготовка пацієнта та взяття шлункового вмісту для визначення кислотності та бактеріологічного дослідження

1.4. Шлункове зондування для рН-метрії

1.5. Підготовка пацієнта до морфологічного дослідження (гістологічне і цитологічне визначення рН)

1.6. Підготовка пацієнта до визначення антигену Нр в слині та калі

1.7. Підготовка пацієнта до біохімічного та мікробіологічного визначення Нр

2.1. Підготовка пацієнта до ЕФГДС з прицільною біопсією

2.2. Підготовка пацієнта до контрасної R-скопії шлунка та кишок.

3.1. Створення комфортних умов пацієнтові; режим палатний. У перші 7-10 днів можна рекомендувати напівліжковий режим, після чого призначають вільний режим.

3.2. Контроль та допомога в дотриманні пацієнтом дієти №1а, №1б (загострення) 2-3 дні, далі №1. У разі рубцювання виразки - дієта №15. Принцип дієти – механічне і хімічне щадіння слизової оболонки; заборона куріння та вживання алкоголю;

3.3. Постійний контроль за самопочуттям та об`єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР, зважування

3.4. Застосування грілки (при відсутності ознак кровотечі) на живіт

3.5. При печії, відрижці кислим дача лужного пиття

3.6. При закрепах постановка очисної клізми

3.7. Ретельний догляд та допомога при блюванні

4. **Виконання лікарських призначень:**

4.1. **Етіологічне лікування** - **ліквідація Нр**:

***- інгібітори протонної помпи*** (омепразол, лансопразол, пантопразол, езомепразол, патрієт + кларитроміцин, амоксицилін або метронідазол)

4.2. **Антисекреторні:**

- ***М-холінолітики***: *неселективні* - атропін, платифілін, метацин; *селективні*- гастроцепін, пірензепін

- ***блокатори Н2 - рецепторів гістаміну***: циметидин, ранітидин, фамотидин, нізатидин, роксатидин

- ***антагоністи гастринових рецепторів***: проглумід

- ***антациди:***

- *які всмоктуються*: ренні, натрія гідрокарбонат

- *які не всмоктуються:* альмагель, фосфалюгель + маалокс, гелусил

- *які адсорбують:* вікалін, вікаїр, де-нол, вентрисол

4.3. **Гастроцитопротектори:**

- ***стимулюють утворення слизу:*** енпростил, мізопростол

- ***утворюють захисну плівку***: сукральфат, де-нол

- ***обволікують, в'яжуть***: препарати вісмуту (вікалін, вікаїр)

4.4. **Препарати, які нормалізують моторну функцію шлунку та 12-палої кишки**: метоклопрамід, диметпрамід, церукал, еглоніл, мотіліум

4.5. **Спазмолітики:** но-шпа, папаверин, метеоспазміл

4.6. **Стимулятори регенерації слизової оболонки**:

- ***анаболічні гормони***: неробол, ретаболіл

- ***репаранти:*** солкосерил, олія обліпіхи, етаден, гастрофарм, каліфон

- ***піримідинові основи***: метилурацил, калія оротат, пентоксил

- ***білкові гідролізати та суміші амінокислот***: альвезин, поліамін, плазма крові

- ***полівітаміни***: супрадин, глутамевіт, ундевіт, аевіт, вітаміни "U", "Е"

4.7. **Препарати центральної дії**: еглоніл, даларгін, емесетрон.

4.8. **Гастроінтестинальні гормони**: соматостатин, даларгін

4.9. **Транквілізатори, антидепресанти і психостимулятори**: діазепам, мепробамат, екстракт і відвар кореня валеріани, азафен, ацефен

4.10. **Фітопрепарати**:

- ***протизапальні***: дуб, звіробій, календула, оман, деревій, подорожник, насіння льону

- ***спазмолітичні***: рум'янок, солодка, м'ята, материнка, кріп, фенхель

- а***нтиспастичні***: календула, звіробій, рум'янок, оман, подорожник

- ***антиалергічні***: солодка

- п***ослаблюючі***: ревінь, крушина, бобівник

4.11. **Фізіопроцедури**:

*-****у фазі загострення****:* синусомодульовані струми, дециметрові хвилі, електрофорез медикаментів (новокаїну, папаверину, деларгіну), інтраназальний електрофорез, ГБО, магнітопроцедури, гальванізація

***- у фазі затихання загострення****:* теплові процедури (пелоїдо-, озокеритолікування, гальваногрязь); УВЧ, електрофорез, гідропроцедури (ванни, душі)

4.12. **Місцеве лікування** - через ендоскоп: обколювання виразки новокаїном, солкосе-рилом; обробка виразки з утворенням плівки – ліфузоль, гастрозоль; лазерне опромінення

4.13. **Санаторно-курортне лікування** пацієнтів на виразкову хворобу проводять у період ремісії, затухаючого загострення на курортах і в санаторіях Закарпаття, Березівських Мінеральних Водах, Моршині.

4.14. **Використання мінеральних вод** без вуглекислого газу, або з невеликою його кількістю, з перевагою гідрокарбонатного або сульфатного складу: поляна квасова, моршинська, боржомі, лужанська, березовська та інші

4.15. **Оперативне**: резекція шлунку, селективна і суперселективна ваготомія.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду, режиму праці, відпочинку, харчування.

Сучасні підходи до лікування виразкової хвороби грунтуються на комбінованому застосуванні препаратів.

З метою ерадикації (знищення) гелікобактерної інфекції. Для цього запропоновані різноманітні схеми (потрійна, квадро-) терапії. Як правило, вони складаються із комбінації потужних сучасних антисекреторних препаратів (контролок, омепразол) з антибіотиками (амоксицилін, кларитроміцин, тетрациклін) і метронідазолом, колоїдним субцитратом вісмута (де-нолом).

***Ускладнення виразкової хвороби:***

***1.*** ***Шлункова кровотеча.*** Характерними ознаками є блювота шлунковим вмістом типу "кавової гущі", мелена (дьогтьоподібне випорожнення), наростаюча слабість, нудота, тахікардія, падіння артеріального тиску.

***Невідкладна допомога на до госпітальному етапі:***

- суворий ліжковий режим;

- холод на надчеревну ділянку;

- в/в і в/м введення дицинолу (2-4 мл і більше 12,5% р-ну);

- всередину приймання амінокапронової кислоти (400-500 мл 5% р-ну);

- всередину приймання антацидів і адсорбентів (альмагель, фосфалюгель);

- при знеженні АТ – поза Тренделєнбурга;

- пацієнта негайно необхідно госпіталізувати в хірургічне відділення;

- у відділенні вводять: в/в антигемофільну плазму (100-200 мл), фібриноген (1-2 г у 250 мл ізотонічного р-у натрію хлориду), амінокапронової кислоти (200 мл 5% р-ну) та інших гемостатичних засобів;

- в/в вводять поліглюкін (добова доза 1,5-2 л);

- при неефективності консервативного лікування проводять оперативне втручання.

***2.*** ***Перфорація виразки*** – проникнення виразкового процесу через всі шари стінки шлунку або 12-палої кишки з витіканням шлункового вмісту в черевну порожнину.

Клініка характеризується раптовим «кинджальним» болем в епігастрії, дошкоподібний живіт, розвитком колаптоїдного стану і перитоніту.

***Лікування перфорації -***холод на надчеревну ділянку; негайне оперативне втручання.

**3.** ***Пенетрація виразки*** – розповсюдження виразки за межі стінки шлунка і 12-палої кишки в оточуючі тканини і органи. Пенетраця частіше виникає у підшлункову залозу, жовчний міхур, печінку, малий сальник. Клінічно пенетрація характеризується виникненням постійних болей (наприклад, в поперековій ділянці при пенетрації виразки в підшлункову залозу), підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр, прискоренням ШОЕ. Діагноз цього ускладнення підтверджується рентгенологічно і ендоскопічно.

***Лікування пенетрації –***оперативне.

***4. Стеноз пілоруса***. Виникає, як правило, після рубцювання виразок, розташованих у пілоричному каналі. Хворі відмічають важкість і відчуття переповнення в епігастрії після їжі, відрижку тухлим, блювоту їжею, з'їдженою напередодні. При пальпації живота в епігатрії виявляється "шум плеску", помітною стає перистальтика шлунку, хворі виснажені.

***Лікування при стенозі пілоруса***. ***–***оперативне.

***5. Малігнізація.*** Найчастіше зустрічається при виразках шлунка. Проявляється втратою періодичності і сезонності загострень, а також постійністю болей, прогресуючим зниженням секреторної функції шлунка, анемією, прискоренням ШОЕ, кахексією пацієнтів.

***5. Перивісцерит***(перигастрит, перидуоденіт). Характеризується зпайковим процесом між шлунком (дванадцятипалою кишкою) і сусідніми органами. Клінічно проявляється більш інтенсивними болями, що посилюються після прийому їжі, при фізичних навантаженнях і струшуваннях тіла, іноді підвищенням температури до субфебрильних цифр, прискоренням ШОЕ

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Покращення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Виявлення та оцінка нових проблем пацієнта (можливих ускладнень) з відповідною корекцією медсестринських втручань.

***Прогноз:***

- при неускладненій виразці шлунка і дванадцятипалої кишки сприятливий.

***Профілактичні заходи включають:***

- раціональне збалансоване харчування;

- здоровий спосіб життя (боротьба з курінням, зловживанням алкоголем);

**-**уникнення стресів;

- диспансеризація пацієнтів («Д») з гастритами;

- організація праці та відпочинку, заняття спортом і фізкультурою;

- «Д» спостереження (5 років після загострення);

- *протирецидивне лікування:*

- безперервне (антисекреторним препаратом в половинній дозі - фамотидин, квамател та ін.) щоденно ввечері;

- *профілактичне лікування* за вимогою: при появі ознак загострення - прийом одного з антисекреторних препаратів в повній добовій дозі 2-3 дні, далі в половинній дозі - 2місяці;

- *санітарно-освітня робота*.

***Працездатність:*** В період ремісії хворі працездатні. При загостренні захворювання визначається тимчасова непрацездатність на період лікування. При ускладненому протіканні виразкової хвороби може бути встановлена інвалідність.

***Диспансерному***нагляду підлягають особи з факторами ризику виникнення виразкової хвороби, передвиразковими станами (антропілородуоденітами) та хворі на маніфестні форми виразкової хвороби. Пацієнти з неускладненою пептичною виразкою дванадцятипалої кишки після успішної ерадикації інфекції H. pylori не потребують диспансерного нагляду.

Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та пацієнти з виразкою шлунка перебувають на диспансерному обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з планом диспансеризації

***Пацієнти на виразкову хворобу з локалізацією у шлунку в стадії стійкої ремісії***оглядаються терапевтом чи ґастроентеролоґом 2 рази на рік, за показами консультуються онколоґом. Фіброгастроскопія проводиться 1 раз на рік і під час загострень, загальний аналіз крові - 1 раз на рік.

***При тій же локалізації виразки з частими рецидивами чи ускладненнями захворювання***пацієнт оглядається терапевтом чи ґастроентеролоґом 4 рази на рік, консультується хірурґом і онколоґом. Фіброґастроскопія виконується 1 раз на рік і під час загострень, загальний аналіз крові - 2-3 рази на рік, аналіз шлункового соку -1 раз на 2 роки, аналіз калу на приховану кров - за показами. Також за показами досліджується жовчовивідна система.

***При наявності у пацієнта виразкової хвороби з локалізацією у 12-палій кишці в стадіїстійкої ремісії*** він оглядається терапевтом 1 раз на рік, за показами консультується гастроентерологом. Фіброгастроскопія і загальний аналіз крові виконується також за показами.

***При виразковій хворобі з локалізацією у 12-палій кишці, яка часто рецидивує,*** пацієнта оглядають терапевт і гастроентеролог протягом року 3-4 рази, консультує хірург. Фіброгастродуоденоскопія або рентгеноскопія органів травлення проводяться при загостренні поцесу. Аналіз шлункового соку виконується 1 раз на 2-3 роки, загальний аналіз крові - 2 рази на рік, аналіз калу на приховану кров - під час загострень, дослідження жовчовивідних шляхів - за показами.

***При рідких загостреннях захворювання пацієнта*** оглядають терапевт чи гастроентеролог 2 рази на рік, фіброгастродуоденоскопію або рентгеноскопію виконують під час загострень, аналіз калу на приховану кров і загальний аналіз крові – за показами.

***Хронічний гепатит***

***Хронічний гепатит*** - це дифузне запально-дистрофічне ураження печінки різної етіології, що продовжується не менше 6 міс і характеризується астенічним, диспепсичним, больовим та абдомінальним синдромами без ознак портальної гіпертензії.

Згідно з даними ВООЗ, у різних країнах світу на вірусні гепатити хворіють близько 2 млрд. осіб. Щорічно вірусним гепатитом В інфікується понад 50 млн осіб, помирає 1-1,5 млн. У зв’язку з великою поширеністю на більшу увагу заслуговує вірусний гепатит С. Вірусний гепатит В переходить у хронічну форму в 5-10% випадків у дорослих і до 90%- у новонароджених, вірусний гепатит С - у 50-80% випадків, а вірусний гепатит Д- у 70% пацієнтів.

**Етіологія.**Хронічний гепатит - поліетіологічне захворювання.

***Екзогенні фактори:***

- гострий вірусний гепатит В, С, Д;

- зловживання алкоголем;

- медикаментозні впливи (нестероїдні протизапальні, протитуберкульозні засоби, гормони, цитостатики, протидіабетичний, протисудомні, антибіотики (тетрацикліни);

- наркоманія;

- токсичні ураження печінки (миш`як, свинець, ртуть тощо);

- генетична схильність;

- порушення харчування (відсутність вітамінів групи В, ожиріння);

- захворювання органів травлення;

- системний червоний вовчак;

- ревматоїдний артрит;

- аутоімунний процес.

**Класифікація хронічних гепатитів.**

***1.*** ***За етіологією:***

- вірусний гепатит В, Д, С;

- аутоімунний гепатит – типи 1,2,3;

- медикаментозний;

- токсичний;

- криптогенний;

- алкогольний;

- неалкогольний стеатогепатит.

***2.За активністю процесу:***

- мінімальна (латентний хронічний);

- легка;

- помірна;

- виражена.

***3. За фазами:***

- загострення;

- ремісія.

***4. За функціональним станом печінки:***

- гепатоцелюлярна недостатність-0 ст. (відсутня);

- гепатоцелюлярна недостатність-1 ст. (початкова (компенсована));

- гепатоцелюлярна недостатність-2 ст. 9 (виражена (некомпенсована));

- гепатоцелюлярна недостатність-3 ст. (термінальна (виникає печінкова кома)).

***5.За морфологією:***

- активний агресивний;

- персистуючий.

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

Хронічний гепатит характеризується повільним прогресуючим перебігом з періодами загострень або без них.

**А.** **Скарги *:***

***1. Астеновегетативний синдром:*** слабкість, швидка втомлюваність, втрата працездатності, головний біль, порушення сну, підвищена пітливість, емоційна нестійкість.

***2. Диспепсичний синдром:***погіршення апетиту, відчуття гіркоти в роті, нудота, блювання, відчуття тяжкості, біль у надчеревній ділянці та правому підребер’ї.

***3. Синдром жовтяниці***.

***4. Свербіж шкіри***.

***5. Геморагічний***( шкірні петехії)*.*

***6. Артралгічний***(переважне ураження крупних суглобів).

**Б. Анамнестичні дані :**

- вік: 30-50 років;

- поступовий початок хвороби (понад 6 міс.);

- при хронічному алкогольному гепатиті : стать: Ч:Ж = 1:3;

- дія чинників ризику: алкоголь, медикаменти; перенесений гострий гепатит тощо;

- донори і реципієнти крові, її препаратів, органів, чоловічого сім`я, пацієнтаи, яким проводиться велика кількість операцій та парентеральних втручань;

- наркоманія.

***Об’єктивні методи обстеження:***

- гіпертермія;

- жовтяниця;

- сіро-бліда шкіра зі слідами розчухів;

- ксантелазми;

- збільшення лімфовузлів;

- збільшення печінки (печінка щільна, еластична, гладка).

***Додаткові методи обстеження:***

1. УЗД печінки;

2. Функціональні проби печінки;

3. Пункційна біопсія тощо.

4. ***Крім того, характерними є лабораторні синдроми***:  
- цитолітичний (підвищенння в плазмі крові АСТ, АЛТ, глутаматдегідрогенази, сироваткового заліза);  
- мезенхімально-запальний (гіпергамаглобулінемія, прискорення ШОЕ, підвищення показників тімолової проби, СРП, серомукоїду, антитіл);  
- холестатичний (збільшення у плазмі рівня лужної фосфатази, кон'югованого білірубіну, холестерину, жовчних кислот);  
- печінково-клітинної недостатності (збільшення некон'югованого білірубіну, зниження протромбіну, проконвертину, проакцелерину, трансферину);  
- гіперспленізму (анемія, тромбоцитопенія, лейкопенія).

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

- слабкість;

- швидка стомлюваність;

- втрата працездатності;

- головний біль;

- порушення сну;

- емоційна нестійкість;

***-***погіршення апетиту;

- відчуття гіркоти в роті;

- нудота;

- блювання;

- відчуття тяжкості;

- біль у надчеревній ділянці та правому підребер’ї;

- жовтяниця;

- свербіж шкіри.

**Потенційні проблеми:**

- можливе загострення процесу тощо, виникнення та посилення печінкової недостатності***.***

**Складемо медсестринський діагноз:**нудота; блювання; біль у надчеревній ділянці та правому підребер’ї; слабкість; швидка стомлюваність; погіршення апетиту; відчуття гіркоти в роті; жовтяниця; свербіж шкіри; можливе загострення процесу, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень;

- підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження;

- спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем;

- виконання лікарських призначень;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду, раціональному дієтичному харчуванню.

***ІY етап сестринського процесу – реалізація плану медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, коагулограми, ІДК, визначення заліза сироватки крові, визначення вірусу гепатиту;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС;

- підготовка пацієнта до інструментальних методів дослідження: УЗД, радіоізотопного сканування, лапароскопії;

- контроль за санітарним станом у палаті;

- забезпечення фізичного і психічного спокою пацієнтові. Режим - ліжковий, палатний в залежності від стану пацієнта;

- створення комфортних умов пацієнтові;

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом правил особистої гігієни;

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом дієти №5 (нежирне м'ясо, риба, сир, рослинні жири). Заборона смажених, гострих, жирних страв;

- заборона куріння та вживання алкоголю;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, РS, ЧДР;

- ретельний догляд під час та після блювання;

- догляд за порожниною рота, полоскання;

- при свербіжі – обтирання шкіри слабим оцтовим розчином, ванна з чередою;

- при нудоті м’ятні краплі;

- допомога пацієнтові в пересуванні;

- *виконання лікарських призначень* (має значення ранній початок лікування; лікування має бути безперервним) і призначення лікаря залежать від клінічної форми хронічного гепатиту:

1. *При хронічному вірусному гепатиті В:*

1.1. противірусне:

- інтерферон-α (інтон А);

- пегільовані антерферони (пегасис);

- аналоги нуклеозидів (ламівудин);

- аденовір;

1.2. метаболічні та коферментні препарати: АТФ, АТФ-лонг, полівітамінні комплекси (геріавіт фарматон, дуовіт, супрадин, вітаміни Е, В1, В6, С, рутин, ундевіт, декамевіт, тріавіт, біовіталь, піридоксальфосфат, ліпоєва та глютамінова кислоти, фосфаден, рибоксин, есенціале);

1.3. дезінтоксикація: гемодез, глюкоза, натрія хлорид, лактулоза;

1.4. якщо є внутрішньопечінковий застій жовчі – *адсорбенти жовчних кислот*: урсофальк, гептрал, білігнін, активоване вугілля, вітаміни А, Д, К;

1.5. лікування киснем: через носовий катетер, маску наркозного апарату, через 12-палу кишку за допомогою зонда, введення через ендоскоп;

1.6. гепатопротектори: гептрал, цитраргінін, силібор, гепабене, хофітол, катерген;

1.7. нормалізація процесів всмоктування і травлення: АБ (стрептоміцина сульфат, левоміцетина стеарат, фталазол, сульгін); пробіотики (біфікол, лактобактерин, біфідумбактерин); ферментні препарати (креон, мезим-форте).

2. *При хронічному вірусному гепатиті С:*

2.1. інтерферони + антивірусні препарати:

- інтерферон 2-а + рибавірин;

- інтерферон 2-β+ рибавірин;

2.2. екстракорпоральні методи: сорбція антитіл, кріоглобулінів.

3.*При хронічному аутоімунному гепатиті:*

3.1. імунодепресанти: імуран, 6-меркаптопурин, преднізолон, сандімун, делагіл, азатіоприн.

*4. При хронічному алкогольному гепатиті:*

*4.1.*метаболічні та коферментні препарати: АТФ, АТФ-лонг, полівітамінні комплекси (вітаміни Е, В1, В6, С,рутин, дуовіт, рибоксин, геріавіт фарматон, супрадин, піридоксальфосфат, ліпоєва та глютамінова кислоти, фосфаден, есенціале)

4.2. гепатопротектори: хофітол, цитраргінін, гептрал, силібор, гепабене, катерген;

- під час загострення - дезінтоксикація: гемодез, глюкоза, натрія хлорид, лактулоза.

5. Оперативне: якщо традиційні і нетрадиційні методи лікування протягом 6-8 міс. від моменту діагностування неефективні - трансплантація печінки.

6. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

7. Навчання пацієнта та оточення принципам дієтичного харчування, припинення впливів гепатотропних агентів.

8. Санаторно-курортне лікування пацієнтів на хронічний гепатит проводять у період ремісії на курортах Моршин, Трускавець, Миргород, Одеса - Куяльник, Поляна, Сонячне, Закарпаття.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання:***

1. Покращення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз:***

- клінічно - сприятливий, особливо після усунення етіологічних чинників;

- виздоровлення хворих не буває, у 30-50 % випадків хронічний гепатит трансформується у цироз печінки або первинний рак печінки.

***Профілактичні заходи включають:***

- запобігання поширенню вірусного гепатиту і його успішного лікування;

- особи, які перенесли це захворювання, підлягають «Д»;

- уникати вживання алкоголю;

- уникати дії хімічних отрут та порушення режиму прийому медикаментів;

- профілактичні огляди населення, особливо з груп ризику;

- повноцінне та різноманітне раціональне харчування;

- боротьба з наркоманією;

- помірковані фізичні навантаження.

***Працездатність***

В період ремісії хворі працездатні. При загостренні захворювання визначається тимчасова непрацездатність на період лікування. При ускладненому протіканні гепатитупротипоказані інтенсивні, тривалі фізичні навантаження, контакт з хімічними гепатотропними токсичними сполуками, може бути встановлена інвалідність.

***Диспансеризація***

Пацієнти по 2 рази на рік проходять клініко-біохімічне, а в деяких випадках - інструментальне обстеження. У період ремісії пацієнтам призначають протирецидивну терапію протягом 3-4 тиж. 2 рази на рік. Знімати пацієнта з «Д» обліку не.

***Цироз печінки***

***Цироз печінки***- хронічне захворювання печінки, що характеризується дистрофією та некрозом печінкової паренхіми і дифузним розростанням сполучної тканини, дифузною перебудовою часточкової структури і судинної системи печінки з розвитком печінкової недостатності та портальної гіпертензії.

Останніми роками захворюваність на цироз печінки зросла. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки. Цироз розглядається як захворювання другої половини життя, переважно п’ятого десятиріччя. Він займає 4-те місце в структурі смертності чоловіків віком понад 40 років. Останнім часом відмічається тенденція до зростання захворюваності та смертності від цирозу печінки в України.

**Етіологія.**

***Екзогенні фактори:***

- перенесені вірусні гепатити В, С, Д;

- зловживання алкоголем;

- зловживання медикаментами;

- медикаментозні впливи;

- дія виробничих отрут;

- генетичні порушення обміну речовин;

- несбалансоване харчування (авітаміноз);

- імунологічні порушення тощо.

**Класифікація цирозів печінки.**

***1.*** ***За етіологією:***

- вірусний В, Д, С;

- аутоімунний;

- медикаментозний;

- токсичний;

- алкогольний;

- кардіальний;

- холестатичний;

- генетично зумовлений;

- криптогенний (не з`ясованої етіології).

***2.За морфологією:***

- дрібновузловий (вузли діаметром 1-3 мм);

- великовузловий (5 мм і більше);

- змішаний;

- біліарний.

***3.За активністю процесу:***

- активний;

- неактивний.

***4. За перебігом:***

- з повільним прогресуванням;

- з швидким прогресуванням;

- стабільний.

***5. За клінічними ознаками:***

- стадії (початкова, виражених клінічних проявів, термінальна);

- ступінь печінково клітинної недостатності (компенсована, субкомпенсована, декомпенсована);

- форма портальної гіпертензії (прихована, помірна, розгорнута);

- розвиток поєднаних клінічних синдромів.

***6. Ускладнення:***

- кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку, гемораїдальних вен;

- набряково-асцитичний синдром;

- тромбоз ворітної вени;

- бактеріальний перитоніт;

- цироз-рак.

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

Клініка всіх форм цирозу має ряд спільних ознак.

**При алкогольному цирозі печінки.**

**А.** **Скарги *:***

***1. Диспепсичний синдром:***

- непереносимість жирів;

***-*** відчуття тяжкості та повноти в надчеревній ділянці після їди;

- здуття живота;

- закрепи, що змінюються проносами;

- тупий ниючий біль у правому підребер’ї;

- метеоризм.

**При біліарному цирозі печінки.**

**А.** **Скарги *:***

- прогресуюча жовтяниця;

- свербіж шкіри (спочатку епізодичний, потім постійний, який посилюється після ванни, вночі);

- загальна слабкість;

- субфебрильна температура тіла;

- схуднення;

- відсутність апетиту.

**Б. Анамнестичні дані :**

- поступовий початок хвороби (епізоди набряків гомілок, носових кровотеч));

- дія чинників ризику: алкоголь, медикаменти; перенесений гострий гепатит;

- порушення статевих функцій;;

- перенесення захворювань, які сприяють розвитку цирозу.

***В. Об’єктивні методи обстеження:***

- схуднення;

- гінекомастія;

- ксантоми, ксантелазми.

- інфантилізм;

- асцит («голова медузи») на передній стінці живота;

- судинні «зірочки» на грудях, шиї, обличчі та еритема долонь;

- малиновий язик;

- розчухи на шкірі;

- шкіра суха, блідо-жовтянична з геморагічною висипкою;

- склери і видимі слизові оболонки істеричні;

- гідроторакс;

- гіпотермія;

- збільшення печінки (печінка щільна з гострим краєм) на початку, а потім якщо процес прогресує - зменшується;

- пальпується збільшена селезінка;

- синдром портальної гіпертензії: виражена спленомегалія, підвищена кровоточивість; кровотечі з розширених вен стравоходу і шлунка;

- анемія, лейкопенія;

- прискорення ШОЕ;

- уробілінурія;

- висока білірубінемія;

- зниження у сироватці крові альбумінів, збільшення γ-глобулінів.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

***-*** відчуття тяжкості та повноти в надчеревній ділянці після їди; - здуття живота; - закрепи, що змінюються проносами; - тупий ниючий біль у правому підребер’ї; - метео-ризм; - прогресуюча жовтяниця; - свербіж шкіри; - загальна слабкість; - субфебрильна температура тіла; - схуднення; - відсутність апетиту.

**Потенційні проблеми:**

- можливий розвиток асциту, набряково-асцитичного синдрому, тромбозу ворітної вени, бактеріального перитоніту, цирозу-рак; можливе виникнення кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку, гемораїдальних вен тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:** ***-*** відчуття тяжкості та повноти в надчеревній ділянці після їди; здуття живота; закрепи, що змінюються проносами; тупий ниючий біль у правому підребер’ї; метеоризм; прогресуюча жовтяниця; свербіж шкіри; загальна слабкість; субфебрильна температура тіла; схуднення; відсутність апетиту, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу - планування медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень;

- підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження;

- спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем;

- виконання лікарських призначень;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІY етап сестринського процесу – реалізація плану медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, коагулограми, ІДК, визначення

заліза сироватки крові;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС;

- підготовка пацієнта та взяття калу на копрограму та дослідження на приховану кров;

- підготовка пацієнта до інструментальних методів дослідження: УЗД, радіоізотопного

сканування, лапароскопії, біопсії печінки, ЕФГДС;

- створення комфортних умов пацієнтові;

- дотримання режиму (залежить від стану пацієнта - палатний, ліжковий, суворий ліжковий);

- контроль за санітарним станом у палаті;

- забезпечення фізичного і психічного спокою пацієнтові;

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом дієти №5 (при портальній гіпертензії) і №7 (при набряково-асцитичному);

- заборона куріння та вживання алкоголю;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання

T0 тіла, АТ, РS, ЧДР, зважування, вимірювання обводу живота при асциті;

- ретельний догляд при носовій кровотечі;

- догляд за порожниною рота, полоскання;

- при свербіжі – обтирання шкіри слабим оцтовим розчином, ванна з чередою;

- при нудоті дача м’ятних крапель;

- застосування газовідвідної трубки при метеоризмі;

- допомога пацієнтові в пересуванні, а в тяжких стадіях – повне обслуговування;

Виконання лікарських призначень:

1. ***При цирозі печінки (ЦП):***

1.1. ***Етіотропне лікування***:

- алкогольний ЦП – припинити вживання алкоголю;

- застійний, кардіальний ЦП – лікування серцевої недостатності;

- вірусний ЦП – противірусні препарати;

1.2. ***Корекція метаболізму гепатоцитів:***

- **вітаміни**: супрадин, дуовіт, геріавіт фарматон, рибоксин, ліпоєва кислота, кобамамід, вітамін Е;

- гепатоцелюлярна (печінковоклітинна) недостатність – **дезінтоксикація**: гемодез, глюкоза + альбумін, поліамін;

- **гепатопротектори**: левасил, хофітол, есенціале, гепабене, карсил.

1.3. ***Патогенетичне лікування***:

-**ГКС** (метилпреднізолон, преднізолон, дексаметазон);

- **активний ЦП** - азатіоприн, плаквеніл, делагіл.

1.4. ***Пригнічення розростання сполучної тканини в печінці****:* колхіцин.

1.5. ***При набряково-асцитичному синдромі****:*

- **діуретики**: урегіт, спіронолактон, фуросемід, манітол (обов’язково приймати з і ще препарати калію (аспаркам, калія хлорид, панангін, аспаркам);

- **білкові препарати**: альвезин, альбумін, свіжозаморожена плазма, поліамін;

- **при резистентному асциті** - абдомінальний парацентез, після чого альбумін;

- **асцитосорбція**;

- **ультрафільтрація крові**.

1.6. ***Якщо є кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку***:

- **холод на епігастрій**;

- **збільшення об'єму циркулюючої крові** (глюкоза, поліглюкін, натрія хлорид, альбумін);

- **зниження портальної гіпертензії** (вазопресин+соматостатин, натрія нітропрусид або нітрогліцерин );

- **гемостатичне лікування**: свіжозаморожена плазма, дицинон, вікасол, епсилон – свіжозамо-рожена кров, АКК, фібриноген, кальція хлорид або кальція глюконат, контрикал, ;

- **усунення анемії** - переливання еритроцитарної маси;

- **лазеро- та ендоскопічне склерозування** (склерозант);

- **балонна тампонада**;

**- запобігання енцефалопатії та комі**:

- видалення крові з кишки за допомогою очисних клізм (зранку і ввечері);

- введення в кишку через зонд неоміцина сульфат;

- дезінтоксикація: глюкоза, гемодез, лактулоза;

- **профілактика кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка**:

-**β- адреноблокатори**: пропранолол, надолол + нітрати (ізосорбіта моно- нітрат), **антагоністи кальцію**: верапаміл, ніфедипін.

1.7. ***Якщо є хронічна печінкова енцефалопатія:***

- **усунення інтоксикації аміаком та гіперазотемії**:

-**пригнічення мікрофлори кишки**: метронідазол, неоміцина сульфат;

**- знешкодження та виведення аміаку**: глютамінова кислота;

**- корекція метаболічного алкалозу**: глюкоза + калія хлорид;

**- дезінтоксикація**: тіаміна бромід, альбумін, піридоксин, глюкоза, натрія хлорид, аскорбінова кислота, никотинамід, гемодез, натрія тіосульфат, свіжозаморожена плазма, гемосорбція, ентеросорбція (ентеросгель, ентеродез);

**- підвищення рівня розгалужених амінокислот**: ізолейцин, валін, лейцин.

1.8. ***Якщо є гіперспленізм***: ГКС, пентоксил, натрія нуклеїнат, переливання еритроцитів, тромбоцитів.

1.9. ***Оперативне лікування***: на кровоносних і лімфатичних судинах, часткова резекція печінки, спленектомія, трансплантація печінки.

2. **При первинному біліарному ЦП**:

2.1. **Вітаміни**: супрадин, дуовіт, геріавіт фарматон, рибоксин, ліпоєва кислота, кобамамід, вітамін Е.

2.2. ***Базисне (патогенетичне) лікування***: **жовчні кислоти** (уреодезоксихолева кислота).

2.3. ***Симптоматичне лікування:***

- **лікування шкірного свербіжу і застою жовчі**: холестирамін, білігнін, рифампіцин, метронідазол, антигістамінні (дімедрол, тавегіл, супрастин), анальгетики (налоксон, фенобарбітал, зиксорин, гептрал);

- **лікування "печінкової остеодистрофії"**: кальція глюконат, вітамін Д, естрогени жінкам в менопаузі після курсу уреодизоксихолевої кислоти;

- **дезінтоксикація**: неогемодез, глюкоза, гемодез.

2.4. ***Еферентні методи лікування***: гемо- та лімфосорбція.

2.5. ***Оперативне лікування***: трансплантація печінки.

3. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

4. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду, спрямування вольового зусилля пацієнта на активізацію саногенних механізмів організму, адаптаця до нових умов життя.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Покращення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Виявлення можливих ускладнень (кровотечі, печінкова кома) з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Ускладнення:**

А) ***Шлунково-кишкові кровотечі***: кров’янисте блювання, мелена.

Допомога:

- негайно викликати лікаря (терапевт, сімейний, хірург)

- суворий ліжковий режим;

- холод на надчеревну ділянку;

- в/в і в/м введення вікасолу (2-3 мл 1% р-ну) і дицинолу (2-4 мл і більше 12,5% р-ну);

- всередину приймання амінокапронової кислоти (400-500 мл 5% р-ну);

- всередину приймання антацидів і адсорбентів (альмагель, фосфалюгель);

- при знеженні АТ – поза Транделєнбурга;

- пацієнта негайно необхідно госпіталізувати в хірургічне відділення;

- у відділенні вводять: в/в антигемофільну плазму (100-200 мл), фібриноген (1-2 г у 250 мл ізотонічного р-у натрію хлориду), амінокапронової кислоти (200 мл 5% р-ну) та

інших гемостатичних засобів;

- в/в вводять поліглюкін (добова доза 1,5-2 л);

- при неефективності консервативного лікування проводять оперативне втручання (пересадка печінки).

***Печінкова кома:***різкий головний біль, слабкість, безсоння, збудження, потім розвивається сонливість, нудота, блювання, втрата свідомості, посмикування м`язів обличчя, кінцівок, позитивний симптом Бабінського, з рота чути затхлий, солонкуватий «печінковий» запах, температура тіла 39-40 °С. У кінцевій стадії згасають усі рефлекси, виникає дихання Чейна-Стокса і Куссмауля.

***Профілактичні заходи ЦП включають:***

- запобігання поширення вірусного гепатиту і його успішне лікування;

- особи, в яких діагностовано це захворювання, підлягають «Д» спостереженню;

- раціональне харчування;

- уникати вживання алкоголю і впливу токсичних речовин;

- раціональне вживання медикаментів.

***Хронічний холецистит***

***Хронічний холецистит***- хронічне поліетіологічне запальне захворювання жовчного міхура, що поєднується з функціональними порушеннями (дискінезіями) і змінами фізико-хімічних та біохімічних властивостей жовчі (дисхолією).

**Етіологія.**

***Екзогенні фактори:***

- стафілокок;

- стрептокок;

- кишкова паличка;

- лямблії.

***Сприятливі чинники:***

- застій жовчі (жовчні камені, дискінезія жовчних шляхів);

- жіноча стать;

- травмування слизової оболонки жовчного міхура;

- адинамія;

- вагітність;

- закрепи (звичні);

- ахілія (відсутність вільної соляної кислоти в шлунковому соці);

- особливості харчування;

- пониження опірності організму тощо.

**Класифікація:**

***1.*** ***За морфологією:***

- некалькульозний холецистит;

- калькульозний холецистит;

- катаральний;

- гнійний;

- гангренозний;

- виразковий.

***2.За шляхами попадання:***

- гематогенний;

- лімфогенний;

- висхідний (з кишок через жовчні протоки).

***3.За фазами:***

- загострення;

- ремісія.

***4. За ступенем тяжкості:***

- ***Легкий***: загострення 1-2 рази в рік, тривалістю до 2-3тиж; болі неінтенсивні, локалізовані в ділянці жовчного міхура, тривалість 10-30хв., зникають самостійно; функція печінки не порушена; ускладнення не виникають.

- ***Середньої тяжкості:***часті затяжні загострення 5-6 разів на рік; біль стійкий, тривалий з характерною іррадіацією, знімаються прийманням спазмолітиків, анальгетиків; з`являються ознаки порушення функції печінки; можливі ураження органів травлення

- ***Тяжкий:***часті та тривалі загострення 1-2 рази на місяць; біль інтенсивний, довготривалий, знімається повторним введенням спазмолітиків, анальгетиків; як правило, формуються камені жовчного міхура; часті ураження органів травлення.

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги *:***

- ниючий, тупий біль в правому підребер’ї з іррадіацією в праве плече, лопатку після вживання їжі, смажених, гострих страв, газованих напоїв, алкоголю, після фізичних та емоційних навантажень;

- відрижка гірким;

- відчуття гіркоти в роті;

- підвищення температури тіла;

- нудота;

- блювання;

- закрепи;

- метеоризм;

- інколи свербіж шкіри.

***Анамнестичні дані:***

- стать Ч:Ж = 1:3-4, вік 40-60 р.;

* початок хвороби поступовий;
* нераціональне харчування;
* адинамія;
* наявність осередків хронічної інфекції;
* дія етіологічних чинників;
* сімейна схильність.

***Об’єктивні методи обстеження:***

- субіктеричність шкіри, склер;

- язик з сіруватим нальотом;

- живіт болючий при пальпації в правій підреберній ділянці;

- надлишок МТ;

- позитивний симптом Ортнера;

- позитивний френікус – симптом;

- емоційна лабільність.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

- ниючий, тупий біль в правому підребер’ї; - підвищення температури тіла; - нудота; - блювання, - відрижка гірким, - відчуття гіркоти в роті, - закрепи, - метеоризм, - свербіж шкіри.

**Потенційні проблеми:**

- страх перед повторним виникненням болю.

**Складемо медсестринський діагноз:** - ниючий, тупий біль в правому підребер’ї, підвищення температури тіла, нудота, блювання, відрижка гірким, відчуття гіркоти в роті, закрепи, метеоризм, свербіж шкіри, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень

- підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження

- спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем

- виконання лікарських призначень

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

- навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду

***ІY етап сестринського процесу – реалізація плану медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС;

- підготовка пацієнта та взяття дуоденального вмісту для фракційного дослідження;

- підготовка пацієнта до інструментальних методів дослідження: УЗД жовчного міхура, холецистографії, термографії, ЕКГ;

- контроль за санітарним станом у палаті;

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом правил особистої гігієни;

- створення комфортних умов пацієнтові;

- дотримання режиму (залежить від стану пацієнта);

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом дієти №5 ( виключення алкоголю, обмеження тваринних жирів, м’ясних та овочевих відварів, консервів, смажених, гострих страв, шоколаду тощо). Харчування 5- 6 разів на добу невеликими порціями;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахування ЧД, пульсу,зважування;

- при болях – використання грілки (при відсутності підвищеної температури тіла, лейкоцитозу);

- при метеоризмі – застосування активованого вугілля, симетикону, та газовідвідної трубки;

- при закрепах – постановка очисної клізми;

- при нудоті – дача м’ятних крапель;

- догляд за ротовою порожниною та пацієнтом під час та після блювання;

- полоскання рота;

- вживання лужних мінеральних вод (Миргородська, Єсентуки) в підігрітому вигляді ½ склянки до їди 4-6 разів в день.

- ***виконання лікарських призначень:***

1. ***Ліквідація больового синдрому при гіпертонічній дискінезії жовчного міхура***:

- **антихолінергічні препарати:** бускопан, атропін, гастроцепін, платифілін;

- **міотропні спазмолітики**: но-шпа, папаверин, апрофен;

- **нітрати**: нітрогліцерин;

- якщо біль не припиняється – **ненаркотичні анальгетики**: баралгін, анальгін + метео- спазмін +папаверин, но-шпа;

- якщо цього недостатньо - промедол (але не морфін), дроперидол.

2. ***Ліквідація больового синдрому з гіпотонічною дискінезією жовчного міхур***а:

- **ненаркотичні анальгетики:** анальгін + баралгін, но-шпа або папаверин;

- **холікінетики**: відвар піжми, берберин, сорбіт, магнія сульфат, обліпихова олія, соняшникова олія, олія маслин;

- **синтетичний гормон**: холецистокінін – октапептид;

- **дуоденальні беззондові тюбажі** із сорбітом, рослиновою олією (не можна при калькульозному холециститі);

- **прокінетики**: домперидон, метоклопрамід.

3. ***Антибактеріальне лікування (у фазі загострення***):

**-** **препарати, які проникають у жовч у високих концентраціях**: ампіокс, оксацилін, ампіцилін, лінкоміцин;

***-*****препарати, які проникають у жовч у достатньовисоких концентраціях**: метациклін,доксициклін, олететрин, пеніцилін

**- АБ групи цефалоспоринів**: І покоління: цефалексин, цефазолін, цефалотин; ІІ покоління: цефамандол, цефуроксим; ІІІ покоління: цефтріаксон, цефотаксим;

- **похідні нітрофурану**: фуразолідон, фурадонін;

- **похідні 8-оксихіноліну**: нітроксолін (хлорофіліпт);

- ***при холециститі паразитарного ґенезу***:

-**при лямбліозі**: метронідазол, фуразолідон або фазижин;

- **при трихоцефальозі**,**анхілостомідозі**: комбантрин, мебендазол;

- **при опісторхозі, фасцільозі, клонорхозі**: еритроміцин або фуразолідон + хлоксил;

4.**Дезінтоксикаційна терапія**: лужні мінеральні води, відвар шипшини, гемодез, глюкоза, натрія хлорид;

5. **Ж*овчогінні препарати****:*

- **істинні холеретики**:

а) препарати з вмістом жовчних кислот: фламін, алохол, фестал, холензим, ліобіл, холаголум;

б) синтетичні холеретики: оксафенамід, циквалон;

в) препарати рослинного походження: кукурудзяні стовпчики з приймочками, холосас, хофітал

г) гідрохолеритики: лужні мінеральні води: Боржомі, Поляна квасова, Моршинська, Нафтуся

6. ***Препарати, які стимулюють виведення жовчі:***

- **холекінетики**: сорбіт, берберин, відвар пижми, олія соняшникова, облепіхова, маслинова;

- **холеспазмолітики**: одестон.

7. ***Нормалізація функції ВНС***:

- **при вегетосудинній дистонії з невротичним синдромом**:

- **транквілізатори**: медазепам, еленіум;

- **седативні**: валеріана, настійка глоду;

- психотерапія.

- **при психічній депресії**: флуоксетин, паксил;

- **при холецистокардіальному синдромі**: гангліоблокатори (пентамін, бензогексоній);

- **при синдромі соляриту**:

- **гангліоблокатори**: пентамін, бензогексоній;

- **транквілізатори**: діазепам, нітразепам;

- **периферичні М-холінолітики**: атропін, платифілін, гастроцепін;

- **ненаркотичні анальгетики**: анальгін + папаверин або но-шпа, баралгін.

8. ***Імуномодуляційне лікування та підвищення загальної реактивності організму***:

- **імуномодулятори**: мієлопід, імунозан, левамізол, Т-активін, тимоптин, тималін, натрія нуклеїнат;

- **адаптогени**: пантокрин, екстракт елеутерокока, настійка женшеня.

9. ***ФЗТ***(в фазі затихання):УВЧ, УЗ, електрофорез, індуктотермія, мікрохвилі.

10. ***Санаторно-курортне лікування***.

11. ***Оперативне лікування*** -холецистектомія (при неефективності консервативного лікування).

12. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

13. Навчання пацієнта та оточуючих методики само- і взаємодогляду, режиму харчування, проведення сліпого зондування, активного і здорового способу життя.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Покращення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз***

Прогноз хронічного холециститу сприятливий. Після холецистектомії висока вірогідність розвитку постхолецистектомічного синдрому.

***Профілактика:***

- раціональне харчування;

- особи, які перенесли це захворювання, підлягають «Д» спостереженню;

- активний спосіб життя;

- лікування глистяних та паразитарних інвазій;

- усунення звичних закрепів;

- позбавлення шкідливих звичок;

- санаторно-курортне лікування;

- профілактичне лікування (мінеральні води, жовчогінні, дуоденальне зондування);

- ЛФК.

***Жовчнокам’яна хвороба***

***Жовчнокам’яна хвороба-***обмінне захворювання гепатобіліарної системи, яке характеризується утворенням каменів у жовчному міхурі, рідше в печінкових та жовчних протоках

**Етіологія.**

***Екзогенні фактори:***

- спадкова схильність;

- малорухливий спосіб життя;

- хронічний холецистит, холангіт;

- ожиріння, цукровий діабет;

- інфекційні захворювання кишок;

- паразитарні інфекції;

- деякі медикаменти: вітамін А, клофібрат, естрогени;

- жирна їжа, багата на холестерин (риба, масло, яйця, м'ясо).

***Сприятливі чинники:***

- вагітність, жіноча стать (- стать Ч:Ж = 1:2,6- 1:6),

- вік 50-70 р.;

- рідкий прийом їжі;

- нерегулярне харчування.

**Класифікація:**

***1.*** ***За складом жовчних каменів:***

- гомогенні (однорідні): холестеринові, білірубінові, вапнякові;

- пігментні (чорні та брунатні);

- змішані.

***2.За періодами:***

- до клінічний;

- клінічний.

***3.За особливостями перебігу:***

- безсимптомний;

- з клінічними симптомами.

***4. За стадіями тя формами:***

І- фізико-хімічна;

ІІ- латентна (камененосійство);

ІІІ- клінічна (калькульозний холецистит):

- диспептична форма;

- больова форма;

- стенокардитична форма;

- жовчна коліка;

- синдром Сейнта (діафрагмальна кила+ЖКХ+дивертикул кишечника).

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги *:***

1**- *больова форма*:**ниючий, тупий біль в епігастрії, правому або рідше у лівому підребер’ї який посилюється після погрішності в дієті, після фізичних та емоційних навантажень, під час менструації; загальна слабість, знижена працездатність;

2***. печінкова колька****:* виникає за тих же умов, що і больова форма, біль інтенсивний, нападоподібний у правому підребер’ї з іррадіацією у праве плече, лопатку;

- нудота;

- блювання жовчю, яке не приносить полегшення;

- метеоризм;

***3. диспептична форма:***відчуття важкості в правому підребер’ї, печія, відрижка повітрям, нестійкий стілець, здуття живота, гіркота в роті, несприйняття жирної та гострої їжі;

***4.*** ***стенокардитична форма:***болі в ділянці серця, перебої в роботі серця.

***Анамнестичні дані:***

- дія чинників, що провокують приступ (порушення дієти, фізичне перевантаження, інфекція).

***Об’єктивні методи обстеження:***

- пацієнт неспокійний;

- жовтушність склер, шкіри;

- язик сухий, обкладений;

- підвищення температури тіла;

- підвищення МТ;

- ксантоматоз, ксантелазми;

- позитивний симптом Ортнера, френікус-симптом зправа.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

- біль у правому підребер`ї; - нудота; - блювання; - відрижка повітрям; - відчуття гіркоти в роті; - нестійкий стілець; - метеоризм; - підвищення маси тіла.

**Потенційні проблеми:**

- страх перед повторним виникненням нападу печінкової кольки, поява ускладнених форм холециститу тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:** - біль в правому підребер’ї, нудота, блювання, відрижка повітрям, відчуття гіркоти в роті, нестійкий стілець, метеоризм, підвищення маси тіла, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень;

- підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження;

- спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем;

- виконання лікарських призначень;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

***ІY етап сестринського процесу – реалізація плану медсестринських втручань:***

- підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, реакції на білірубін;

- підготовка пацієнта та взяття калу для дослідження на стеркобілін;

- підготовка пацієнта до інструментальних методів дослідження: УЗД жовчного міхура, холецистографії, рентгенографії органів черевної порожнини, холецистохолангіографії, комп’ютерної томографії;

- контроль за санітарним станом у палаті;

- створення комфортних умов пацієнтові;

- дотримання режиму (режим палатний, строгий ліжковий)

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом дієти №5 ( виключення алкоголю, обмеження тваринних жирів, м’ясних та овочевих відварів, консервів з прянощами, смажених, гострих страв тощо). Харчування 5- 6 разів на добу невеликими порціями;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахування ЧД, пульсу;

- при болях - використання грілки, теплої сидячої ванни (при відсутності ознак запалення);

- при метеоризмі – застосування активованого вугілля та газовідвідної трубки;

- при нудоті – дача м’ятних крапель;

- попередження аспірації та гігієна порожнини рота після блювання;

- ***виконання лікарських призначень:***

1.**При І стадїі***- фізико-хімічний*:активний спосіб життя, нормалізація МТ;

**- лікування ендокринних розладів (див. Гіпотиреоз, Цукровий діабет);**

**- лікування інфекційно-запальних захворювань жовчних шляхів (див. Хронічний холецистит);**

**- лікування цирозу печінки;**

**- лікування гемолітичної анемії;**

**- лікування захворювань кишки (див. ентерит, коліт);**

**- зменшення гіперхолестеринемії: ліпанор, левакор, статини;**

- **стимуляція синтезу та секреції жовчних кислот**: фенобарбітал + заксодин;

- **зменшення літогенності жовчі**: ліобіл;

- санаторно-курортне лікування.

2. **При ІІ стадії**- *латентній:*

- здоровий спосіб життя, ліквідація гіподинамії, нормалізація МТ;

- **нормалізація ліпідного обміну**;

- розчинення холестеринових конкрементів: хенодезоксихолева кислота, урсодезоксихолева кислота;

- **екстракорпоральна літотрипсія**;

- **черезшкірнопечінковий холелітоліз**: розчинення метилтерцибутиловим ефіром.

3.**При ІІІ стадії**- *клінічній:* ***під час приступу*** жовчної коліки:

- **знеболення - спазмолітики**: дротаверин, баралгін, спазмалгон, ріабал, папаверин;

- **антибіотики, які проникають у жовч у дуже високих концентраціях**: ампіокс, тетрациклін, ампіцилін, амоксіцилін, лінкоміцин, еритроміцин, оксацилін;

- **антибіотики, які проникають у жовч у достатньовисоких концентраціях**: метациклін, доксациклін, олететрин, пеніцилін;

- **АБ групи цефалоспоринів**: І покоління- цефалексин, цефазолін, цефалотин; ІІ покоління: цефамандол, цефуроксим; ІІІ покоління: цефотаксим, цефтріаксон;

- **похідні нітрофурану**: фурадонін, фуразолідон;

- **похідні нафтиридину, хіноліни**: офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин;

- **похідні 8-оксихіноліну**: нітроксолін;

- **хлорофіліпт**;

- **дезінтоксикаційна терапія**: лужні мінеральні води; відвар шипшини, гемодез;

- **оперативне лікування** - лапаротомічна холецистектомія, лапароскопічна холецистектомія.

4. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

5. Навчання пацієнта та оточуючих методиці само- і взаємодогляду, принципам здорового способу життя, боротьбі з гіподинамією, способам зменшення маси тіла.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Покращення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз***

Прогноз жовчнокам’яної хвороби здебільшого сприятливий.

***Профілактика:***

- раціональне харчування з достатнім вмістом вітамінів, білків;

- боротьба з гіподинамією;

- боротьба з ожирінням;

- нормалізація функції кишок;

- лікування інфекційних захворювань травної системи;

- здоровий спосіб життя;

- санаторно-курортне лікування.

**ХВОРОБИ НИРОК ТА СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ**

**Основні симптоми та синдроми захворювань нирок та сечовивідних шляхів:**

1. ***біль***при ураженні нирок - локалізація болю в поперековій ділянці; сечоводів - по ходу сечовода; сечового міхура - над лоном. Симптом Пастернацького – відчуття різкого болю при постукуванні по спині в ділянці нирок і посилення (або поява) гематурії
2. ***набряки*** (частіше локалізація набряку на обличчі і виникають вранці, інколи на гомілках, у поперековій ділянці
3. ***симптоми змін утворення та виділення сечі:*** *поліурія*- збільшення добової кількості сечі понад 2 л; *олігурія*- зменшення добової кількості сечі менше 500 мл та більше 50 мл; *анурія*- припинення виділення сечі; *полакіурія*- часте сечовипускання через короткі інтервали; *дизурія-* утруднене, болісне сечовипускання; *ніктурія*- виді-лення більшої кількості сечі вночі; *стронгурія*- болісне сечовиділення краплями; *енурез*- нічне нетримання сечі*; циліндрурія*- наявність у сечі циліндрів, які утво-рюються в дистальних канальцях нирок і є зліпками білка; *гематурія*- виділення із сечею еритроцитів; *гемоглобінурія*- виділення ниркою гемоглобіну без наявності в сечі формених елементів .

Основою діагностики захворювань нирок є клінічне обстеження із застосуванням лабораторно-інструментальних методів дослідження.

***Гострий гломерулонефрит***

***Гострий гломерулонефрит***- гостре двобічне імунозапальне захворювання нирок з переважним ураженням ниркових клубочків і втягнення у патологічний процес ниркових канальців, інтерстиціальної тканини і судин.

***Етіологія:***

***Збудники:***

- бета-гемолітичний стрептокок групи А (ангіна, гнійний отит, тонзиліт, рожа, фурункульоз тощо);

- стафілококи, пневмококи, бруцели та інші мікроорганізми (кір, краснуха, бруцельоз, малярія);

- віруси (грип, гепатит).

***Сприятливі чинники:***

- травма поперекової ділянки;

- спадковість;

- надмірна інсоляція;

- повторне введення вакцин і сироваток;

- непереносимість ліків, харчових продуктів;

- вживання алкоголю.

***Класифікації:***

***За етіопатогенезом:***

1. Інфекційно-імунний.
2. Неінфекційно-імунний.

***За клінічними формами:***

1. Класична (тріадна): сечовий синдром + нефротичний синдром та АГ.

2. Бісиндромна: сечовий синдром + нефротичний синдром або АГ.

3. Моносиндромна (ізольований сечовий синдром).

4. Нефротична.

***За ускладненнями:***

1. ХНН.
2. Гостра ниркова гіпертензивна енцефалопатія (прееклампсія, еклампсія).
3. Гостра СН (за лівошлуночковим типом; за тотальним типом).

***За характером завершення:***(через 12 міс. від початку захворювання):

1. Видужання.
2. Видужання з «дефектом» - «малий сечовий синдром» з перевагою протеїнурії або мікрогематурії.
3. Смерть.
4. Перехід у хронічний гломерулонефрит.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

* головний біль;
* набряки на обличчі зранку;
* постійний біль у попереку;
* зменшення кількості сечі за добу;
* слабкість;
* сеча кольору «м`ясних помиїв»;
* зниження апетиту;
* задишка;
* серцебиття.

**Б. Анамнестичні дані:**

* вік молодий;
* ГГ виникає через 2-4 тижні після перенесеної інфекції;
* введення вакцин або дії інших чинників.

***В. Об’єктивні методи обстеження:***

1. шкіра – бліда;
2. набряки на обличчі зранку, тулуба, кінцівок;
3. добовий діурез 50-500 мл (олігурія);
4. іноді анасарка, асцит;
5. тахікардія, іноді брадикардія;
6. АТ-підвищений;
7. сеча кольору «м`ясних помиїв»;
8. позитивний симптом Пастернацького;

Діагностика базується на таких проявах, як гострий початок, сечовому синдромі, набряках, підвищенні АТ, на даних анамнезу.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

* головний біль;
* набряки на обличчі зранку;
* постійний біль у попереку;
* зменшення кількості сечі за добу;
* слабкість;
* зниження апетиту;
* задишка;
* серцебиття.

**Потенційні проблеми:**

- можливий розвиток ТНН, прееклампсії, еклампсії, ГСН тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**головний біль; набряки на обличчі зранку;постійний біль у попереку; зменшення кількості сечі за добу; слабкість; сеча кольору «м`ясних помиїв», що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

1. підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, БАК, ІДК;
2. підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, проби за Зимницьким, Аддісом-Каковським, Нечипоренком, проби Роберга-Тареєва;
3. підготовка пацієнта до УЗД нирок, ЕКГ, офтальмоскопії;
4. створення для пацієнта комфортних умов;
5. постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР, зважування;
6. контроль за дотриманням режиму (залежить від тяжкості захворювання);
7. контроль за водним балансом (визначення об’єму випитої і виділеної рідини);
8. контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти №7 (обмеження солі, білків, рідини). Дозволяється в перші дні склянка води з варенням, виноградний сік, клюквенний морс, небагато солодкої манної каші, молоко;
9. допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;
10. при болі в попереку - грілка;
11. холод над головою;
12. допомога пацієнтові при пересуванні.

**Виконання лікарських призначень:**

1. **симптоматичне:**
2. ***якщо є АГ****:*каптоприл, лізиноприл, ліпразид;

- **антагоністи кальцію**: ніфедипін, верапаміл, дилтіазем;

- **вазодилятори**: нафтидрофурил, натрія нітропрусид;

- **а-адреноблокатори**: празозин, тропафен;

- **β- адреноблокатори**: метопралол, атенолол, пропринолол;

1. ***якщо є набряковий синдром****:*

- діуратики: урегіт, гіпотіазид, фуросемід;

1. ***якщо є гематуричний синдром:***
2. плаквеніл;
3. дицинон;
4. вітамін Е;
5. делагіл;
6. ксидифон;
7. риб`ячий жир;
8. ***АБ:***

- **пеніциліни**: оксацилін, ампіокс, бензилпеніцилін;

- **цефалоспорини**: цефазолін, цефалотин, цефтріаксон, цефалексин;

1. ***активне лікування***:
2. **ГКС**: метилпреднізолон, преднізолон;
3. **цитостатики**: хлорбутин, азатіоприн, циклофосфамід;
4. ***якщо є нефротичний синдром:***
5. **прямі антикоагулянти**: сулодексид, гепарин;
6. **антиагреганти**: пентоксифілін, дипіридамол.
7. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.
8. Бесіда з пацієнтом про необхідність дотримання водного режиму, особливостей харчування, вживання ліків до повного одужання.
9. Навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду.
10. Навчання оточуючих особливостям харчування пацієнта, вживання рідини тощо.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Ускладнення:***

1. ***еклампсія*** (виникає при явних набряках, особливо в період їх наростання, якщо пацієнти не дотримуються водно-сольового режиму:
2. початок раптовий;
3. втрата свідомості;
4. судоми (тонічні, а потім клонічні), тривають в декілька секунд до 2-3 хв і припиняються так раптово, як і почалися;
5. протягом доби судоми можуть повторюватися декілька разів;
6. сильний головний біль;
7. підвищений АТ- 180/120 мм рт.ст.;
8. напад еклампсії може закінчитися смертю внаслідок крововиливу у життєво важливі органи.

***Прогноз:***

1. гострого гломерулонефриту здебільшого сприятливий;
2. пацієнти після виписки із стаціонару повинні уникати переохолодження, фізичних перенавантажень, вологих приміщень, контакту з алергенами, індукторами алергічних реакцій;
3. протягом 3 років після перенесеного ГГ жінкам не рекомендують вагітніти;
4. за несприятливих умов процес може перейти у хронічну форму.

**Профілактика:**

***Первинна:***

1. запобігання стрепто-, стафілококовій, вірусній інфекції, своєчасне лікування;
2. санація хронічних вогнищ інфекції;
3. попередження переохолодження, інтоксикації;
4. контрольні ЗАС після інфекційних захворювань;
5. зміцнення реактивності та загартування організму.

***Вторинна:***

1. диспансеризація 2 роки;
2. раціональне працевлаштування;
3. дотримання режиму праці та відпочинку;
4. лікувальне харчування;
5. контрольні ЗАС після загострення.

***Хронічний гломерулонефрит***

***Хронічний гломерулонефрит***- хронічне імунно-запальне двобічнезахворювання нирок з переважним ураженням клубочків нирок, з наступним втягуванням у патологічний процес інших структур нирки, що має прогресуючий перебіг, внаслідок чого розвивається артеріальна гіпертонія і ниркова недостатність.

***Етіологія:***

1. не вилікуваний ГГ (10-15 %);
2. вірусні, бактеріальні, паразитарні інфекції;
3. алкоголь;
4. ліки (вакцини, сироватки тощо);
5. тяжка нефропатія вагітних;
6. захворювання сполучної тканини.

***Класифікації:***

***За етіопатогенезом:***

1. Інфекційно- імунний (як наслідок гострого стрептококового нефриту, рідше інших інфекцій та інвазій).

2. Неінфекційно- імунний (поступове виникнення через гострий нефротичний гломерулонефрит).

3. Якщо є системні захворювання.

4. Особливі форми (постекламптичний, генетичний , радіаційний).

***За клінічними формами:***

1.Нефротична.

2. Гіпертонічна.

3. Латентна (ізольований сечовий синдром).

4. Змішана (сечовий синдром + 2 синдроми екстраренальних проявів).

5. Гематурична.

6. Злоякісний варіант гломерулонефрита (який швидко прогресує).

***За фазами:***

1. Загострення – активність І, ІІ, ІІІ ступенів.

2. Ремісія.

***За стадією ХНН:***

І, ІІ, ІІІ, ІY стадії.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

***При нефротичній формі:***

* загальна слабкість;
* зниження апетиту;
* мерзлякуватість;
* нудота;
* зменшення виділення сечі (до 500 мл на добу).

***При гіпертонічній формі:***

* головний біль;
* запаморочення;
* можливі порушення зору;
* болі в ділянці серця по типу стенокардії.

***При гематуричній формі:***

* в більшій чи меншій мірі виділення крові з сечею.

**Б. Анамнестичні дані:**

* стать Ч:Ж= 4:1;
* вік 20-50 років;
* поступовий початок після дії етіологічних чинників.

***В. Об’єктивні методи обстеження:***

***При нефротичній формі:***

* загальмованість;
* млявість;
* обличчя небрякле, значні тістоподібні набряки кінцівок, в ділянці попереку, на животі, на зовнішніх статевих органах (після натискання пальцем довго зберігається ямка);
* шкіра - бліда, суха, злущується.

***При гіпертонічній формі:***

* пастозність обличчя, повік, гомілок;
* підвищений АТ;
* можливі ускладнення: гіпертензивні кризи, ІМ, інсульт, відшарування сітківки.

***При латентній формі:***

* невелика пастозність гомілок;
* періодичне підвищення АТ.

***При змішаній формі:***

* як при нефротичній формі та гіпертонічній формі.

***При гематуричній формі:***

* стійка мікрогематурія;
* можлива макрогематурія.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

* загальна слабкість;
* зниження апетиту;
* мерзлякуватість;
* набряки;
* нудота;
* зменшення виділення сечі (до 500 мл на добу);
* головний біль;
* запаморочення;
* порушення зору;
* болі в ділянці серця.

**Потенційні проблеми:**

- страх перед виникненням ХНН тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**нудота; загальна слабкість; зниження апетиту; набряки; зменшення виділення сечі; головний біль; запаморочення; мерзлякуватість,що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємо-допомоги.

7. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення заходам профілактики та попередження рецидивів.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

1. підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, БАК;
2. підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС;
3. підготовка пацієнта до УЗД нирок, ЕКГ, офтальмоскопії;
4. створення для пацієнта комфортних умов;
5. постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР, зважування;
6. контроль за дотриманням режиму (залежить від тяжкості захворювання);
7. контроль за водним балансом (визначення різниці між об’ємом випитої і виділеної рідини);
8. контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти №7а, 7, багатої вітамінами (фруктові та овочеві соки);
9. допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;
10. при головному болю - холод над головою;
11. допомога пацієнтові при пересуванні;
12. при порушенні сну – снодійні, заспокійливі;
13. при мерзлякуватості – уникнення переохолоджень, тепле вкривання.

**виконання лікарських призначень:**

1. **медикаментозне:**

1. ***якщо є нефротична та латентна форма****:*

- **ГКС**: метилпреднізолон, преднізолон;

- **цитостатики**: хлорбутин, азатіоприн, циклофосфамід;

***-*прямі антикоагулянти**: гепарин, сулодесид;

- **антиагреганти**: дипіридамол, пентоксифілін;

2. ***якщо є ХГ з ізольованим сечовим синдромом****:*

- **амінохінолінові препарати**: делагіл, плаквеніл.

3. ***якщо є гематурична форма ХГ то вона не потребує активного лікування:*** -

- **амінохінолінові препарати**: делагіл, плаквеніл;

-**антиагреганти**: курантил;

4. ***якщо є латентна форма -***при збереженій функції нирок – активне лікування не рекомендоване:

1. **амінохінолінові препарати**: плаквеніл, делагіл;
2. **антиагреганти**: пентоксифілін, дипіридамол;

5.***якщо є гіпертонічна форма:***

1. ліпразид, ліприл, каптоприл, лізиноприл;

- **антагоністи кальцію**: дилтіазем, ніфедипін, верапаміл;

- **а-адреноблокатори**: празозин, тропафен;

- **β- адреноблокатори**: метопралол, атенолол, пропринолол;

1. **антиагреганти**: дипіридамол, пентоксифілін;
2. нікотинова кислота;

6. ***симптоматичне лікування***:

- якщо є набряковий синдром – **діуретики**: урегіт, гіпотіазид, фуросемід;

1. вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
2. бесіда з пацієнтом про необхідність «Д» нагляду;
3. бесіда з пацієнтом про необхідність дотримання водного режиму, особливостей

харчування, вживання ліків, оберігання від значних фізичних навантажень;

* навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду;
* навчання оточуючих особливостям харчування пацієнта, дозволені продукти.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень,

рецидивів.

***Прогноз:***

1. тривалість життя пацієнта ХГ залежить від клінічної форми і функціонального стану нирок;
2. тривалість життя пацієнта ХГ залежить від клінічної форми і функціонального стану нирок ;
3. більш сприятливий прогноз при латентній формі;
4. менш сприятливий – при гіпертонічній і гематуричній формах;
5. несприятливий прогноз – при нефротичній і, особливо, змішаній формі.

**Профілактика:**

1. «Д» спостереження;
2. досягнення стійких ремісій;
3. санаторно-курортне лікування;
4. загартовування організму;
5. уникнення дії вологого холоду;
6. попередження простудних захворювань;
7. проживання в місцевості з теплим кліматом.

***Гострий пієлонефрит***

***Гострий пієлонефрит***- гостре неспецифічне захворювання ниркових мисок, чашечок та ниркових канальців інфекційного походження з переважним ураженням інтерстиціальної тканини і подальшим поширенням на кровоносні судини та клубочки.

***Етіологія:***

***Збудники:***

- кишкова паличка, - стрептокок, - стафілококи, - мікоплазма, - протей, - асоціації мікроорганізмів, які проникають у ниркову миску висхідним, гематогенним, лімфогенним шляхом.

***Джерела інфекції:***

- хронічний тонзиліт, - фурункульоз, - мастит, - аднексит, - порушення асептики при урологічних операціях.

***Сприяють розвитку захворювання:***

- переохолодження, - фізична перевтома, - гіповітаміноз, - застій сечі в мисці;

- цукровий діабет, - вагітність, - гінекологічні хвороби, - урологічні маніпуляції,

- ГХ, атеросклероз, - аденома простати, - туберкульоз, - ураження спинного мозку,

- захворювання печінки, - тривале вживання контрацептивів.

***Класифікації:***

***За клінічними формами:***

1. Гострий серозний пієлонефрит.
2. Гострий гнійний пієлонефрит.
3. Некротичний папіліт.

***За варіантами:***

1. Апостематозний нефрит.
2. Карбункул нирки.

3. Абсцес нирки.

***За перебігом:***

1. Дуже гострий – виражені озноби (кілька разів на добу), висока температура тіла, загальна картина сепсису.
2. Гострий – озноб один раз на добу, виражені місцеві симптоми.
3. Підгострий (осередковий)- озноб рідко, місцеві ознаки.

4. Латентний- мінімальні місцеві симптоми.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

1. підвищення температури тіла до 38-400 С;

2. озноб, пітливість;

3. головний біль;

4. постійний біль у попереку з одного або обох боків, що посилюється при зміні положення з іррадіацією вниз;

5. сечовипускання часте, болюче, пекуче;

6. часті позиви до сечовипускання;

7. нудота;

8. зниження апетиту;

9. м`язеві та суглобові болі.

**Б. Анамнестичні дані:**

**-**стать Ч:Ж=1:3-4, частіше до 30-40 років;

**-** проведення урологічних маніпуляцій;

**-** вагітність, ЦД, сечокам’яна хвороба, наявність осередків хронічної інфекції, дія сприятливих чинників;

**-** початок хвороби гострий;

**-** клінічні ознаки ГП виникають через кілька тижнів після згасання осередкової інфекції.

***В. Об’єктивні методи обстеження:***

- температури тіла до 38-400 С;

- шкіра та слизові – бліді;

- обличчя бліде, набрякле;

- язик обкладений;

- напруження м`язів у ділянці нирок;

- симптом Пастернацького різко позитивний (одно- або двобічний)

- часте сечовипускання малими порціями;

- сеча мутна, гнійна, з неприємним запахом.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

- підвищення температури тіла до 38-400 С;

- озноб;

- пітливість;

- головний біль;

- постійний біль у попереку з одного або обох боків, що посилюється при зміні положення з іррадіацією вниз;

- сечовипускання часте, болюче, пекуче;

- часті позиви до сечовипускання;

- нудота;

- зниження апетиту;

- м`язеві та суглобові болі.

**Потенційні проблеми:**

- можливість виникнення ГНН, абсцесу нирки, опрілостей, пролежнів тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**гарячка; - озноб; - пітливість; - головний біль;

- біль у попереку; - сечовипускання часте, болюче, пекуче; - часті позиви до сечовипускання; - нудота; - зниження апетиту; - м`язеві та суглобові болі, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємо-допомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

1. підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, БАК, іонограми;
2. підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, проби за Зимницьким, для посіву на середовище, визначення чутливості до антибіотиків, проби за Нечипоренком;
3. підготовка пацієнта до УЗД нирок, екскреторної урографії, комп’ютерної томографії, хромоцистоскопії;
4. створення для пацієнта комфортних умов;
5. постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР, зважування;
6. контроль за дотриманням режиму (ліжковий режим до нормалізації температури тіла, зниження болю в попереку);
7. контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти №7, значне пиття: кілька склянок мінеральної або звичайної води, компоту, молока, фруктових соків в день понад норми денного раціону;
8. допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;
9. при болі в попереку- грілка;
10. надання допомоги при блюванні – м’ятні краплі, полоскання ротової порожнини;
11. зігрівання пацієнта при ознобі;
12. при пітливості - переодягання в суху білизну;
13. підмивання пацієнта після сечовипускання;
14. допомога пацієнтові при пересуванні;
15. **виконання лікарських призначень**:
16. **медикаментозне:**

- **антибіотики***:*раній початок: сумамед,цефалоспорин, ванкоміцин, віброміцин,ристоміцин (достатня тривалість – до зниження клініко-лабораторних ознак і не менше 2 тиж). Критеріями ефективності лікування є відсутність гарячки, дизуричних явищ;

1. при тривалому лікуванні АБ –**антигрибкові препарати**: леворин, ністатин;

-**вітаміни**: аскорбінова кислота, ціанокобаламін, нікотинова кислота, піридоксин;

- **антигістамінні препарати**: тавегіл, супрастин, піпольфен, димедрол;

- **нітрофуранові**: фуразолідон, фурагін, фурадонін;

1. оперативне – при абсцесі, карбункулі нирки;
2. вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
3. бесіда з пацієнтом про необхідність дотримання режиму, особливостей харчування, вживання ліків до повного одужання, щоб хвороба не перейшла в хронічну форму;
4. навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду;
5. навчання оточуючих особливостям харчування пацієнта, профілактики ускладнень тощо.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз:***

- гострого пієлонефриту здебільшого сприятливий, за винятком гнійного та двобічного;

- за несприятливих умов процес може перейти у хронічну форму.

**Профілактика:**

- санація хронічний вогнищ інфекції;

- усунення причин, які погіршують відтікання сечі;

- остерігання переохолоджень;

- лікування захворювань, які можуть привести до пієлонефриту, до повного видуження.

***Хронічний пієлонефрит***

***Хронічний пієлонефрит***- хронічне неспецифічне інфекційно-запальне захворювання однієї або двох нирок з ураженням інтерстиціальної тканини, ниркових мисок, чашечок з подальшим поширенням на кровоносні судини та клубочки.

***Етіологія:***

***Збудники:***

- кишкова паличка, - стрептокок, - стафілококи, - мікоплазма, - протей, - асоціації мікроорганізмів, які проникають у ниркову миску висхідним, гематогенним, лімфогенним шлях.

***Джерела інфекції:***- хронічний тонзиліт, - фурункульоз, - мастит, - аднексит,

- порушення асептики при урологічних операціях.

***Сприяють розвитку захворювання:***

- перенесений та неефективно пролікований ГП;

- хронічні запальні процеси в організмі;

- хронічні інтоксикації;

- зниження опірності організму до інфекції: переохолодження, фізична перевтома,гіповітаміноз;

- порушення відтоку сечі: камені сечовивідних шляхів, аномалії розвитку сечовивідних шляхів.

***Класифікації:***

***За локалізацією:***

1. Однобічний.

2. Двобічний.

3. Тотальний.

4. Сегментарний.

***За розвитком:***

1. Первинний.
2. Вторинний (як ускладнення уражень сечових шляхів урологічного характеру).

***За фазами:***

1. Загострення.

2. Ремісія.

***За активністю запального процесу:***

1. Активна.

2. Латентна.

3. Ремісія.

***За клінічними формами:***

1. Гіпертонічна.
2. Нефротична.
3. Септична.
4. Гематурична.
5. Анемічна.
6. Латентна.
7. Рецидивуюча.

***За ступенями ХНН:***

І, ІІ, ІІІ, ІY стадії

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта**(під час загострення залежить від клінічної форми)**:**

***1. Латентна:***

- скарги відсутні або на загальну слабкість;

- зниження апетиту;

- похудіння.

***2. Нефротична***:

- виражені набряки.

***3. Рецидивуюча:***

- підвищення температури тіла до 38-400 С;

- біль у попереку;

- дизурія.

***4. Гіпертонічна:***

- кризи із серцевим та головним болем.

***5. Гематурична:***

- значне або незначне виділення крові з сечою.

***6. Анемічна:***

- загальна слабкість;

- головокружіння.

**Б. Анамнестичні дані:**

- стать Ч:Ж=1:-4;

- дія етіологічних чинників.

***В. Об’єктивні методи обстеження:***

1. пастозність або набряки повік, набряки обличчя переважно зранку;
2. симптом Пастернацького позитивний переважно з двох сторін;
3. відчуття тяжкості або біль у попереку;
4. підвищення АТ;
5. болісне сечовипускання;
6. шкіра бліда, суха.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

1. загальна слабкість;
2. гарячка;
3. біль у попереку;
4. підвищення АТ;
5. набряки;
6. дизурія.

**Потенційні проблеми:**

- страх перед виникненням ХНН тощо.

**Складемо медсестринський діагноз: -**загальна слабкість; - гарячка; - набряки;

1. біль у попереку; - підвищення АТ; - набряки; - дизурія, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомозі.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

* підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, БАК, іонограму;

1. підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, проби за Зимницьким, для посіву на середовище, визначення чутливості до антибіотиків, проби за Нечипоренком, проби Роберга-Тареєва;
2. підготовка пацієнта до УЗД нирок, рентгенографії нирок, ретроградної пієлографії, екскреторної урографії, комп’ютерної томографії, хромоцистоскопії,

радіоізотопному дослідження нирок, сцинтиграфії нирок, ЕКГ;

1. створення для пацієнта комфортних умов;
2. постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;
3. контроль за дотриманням режиму (залежить від тяжкості пацієнта);
4. допомога пацієнтові при пересуванні;
5. допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;
6. контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти №7, якщо немає протипоказань до пиття - то призначають до 2-3 л рідини на добу. Рекомендують вживати кавуни, дині, гарбузи;
7. при болі в попереку- грілка;
8. при набряках – обмеження рідини, солі;
9. при дизурії- пиття ниркового чаю;
10. при пітливості - переодягання в суху білизну;
11. підмивання пацієнта після сечовипускання;
12. виконання лікарських призначень:
13. **медикаментозне:**

- **напівсинтетичні пеніциліни**:азлоцелін, карбеніцілін, ампіцилін, амоксицилін,

тикарцилін, піперацилін;

- **напівсинтетичні пеніциліни у поєднанні з інгібіторами β-лактамаз**:уназин,

тиментин, аугментин;

- **цефалоспорини**: цефаклор, цефтріаксон, цефазолін, цефалексин, цефуроксим;

- **аміноглікозиди**: нетроміцин, гентаміцин, амікацин;

- **нефторовані хіноліни**: оксолінова кислота, 5-НОК;

- **похідні нітрофурану**: триметоприм, сульфаметоксазол, фуразидин, фуразолідон;

1. ***симптоматичне лікування*:**

- при АГ- **гіпотензивні засоби**: лізиноприл, каптоприл;

- при анемії: **залізовмісні засоби** - сорбіфер-дуруме, феро-градумент, актиферин;

- при інтоксикації- **дезінтоксикаційна терапія**: помамін, глюкоза, натрія хлорид;

1. ***протирецидивне лікування***(6-12 міс)**:**

- І тиждень- **АБ**: амікацин, цефтріаксон, офлоксацин;

- 2 наступні тижні- **рослинні антисептики**: інтетрикс, хлорофіліпт;

- 4 тиждень – **вітаміни**: дуовіт, супрадин, відвар шипшини, геріавіт-фарматон;

1. ***фітопрепарати***: толокнянка-«ведмежі вушка», сік журавлини, листя брусниці;
2. ***ФЗТ процедури*** на ділянку нирок: діатермія, лікувальні грязі, озокеритові та парафінові аплікації;
3. ***немедикаментозне лікування*:**

- УФО крові, плазмофорез;

1. санаторно-курортне лікування;
2. вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
3. бесіда з пацієнтом про необхідність дотримання харчового режиму та медикаментозного лікування;
4. навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду;
5. навчання оточуючих особливостям харчування пацієнта, профілактики ускладнень тощо.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз:***

- при активному лікуванні хронічного пієлонефриту здебільшого сприятливий.

**Профілактика:**

***Первинна:***

- здоровий спосіб життя;

- дотримання гігієни зовнішніх статевих органів;

- запобігання інфекційним захворюванням, простудам, переохолодженням;

- санація хронічний вогнищ інфекції;

- лікування захворювань, які можуть привести до пієлонефриту;

- дотримання правил асептики та антисептики при урологічних маніпуляціях.

***Вторинна:***

- «Д» спостереження;

- дотримання дієти;

- обмеження тяжких фізичних навантажень;

- планове протирецидивне лікування.

**Загальні висновки лекції:**

У лекції викладено вчення про гострий та хронічний гломерулонефрити та пієлонефрити.

Особливу увагу приділено медсестринському процесу при даних хворобах: визначення дійсних проблем пацієнта, встановлення медсестринських діагнозів, планування медсестринських втручань, реалізації медсестртинських втручань, виконання лікарських призначення, невідкладній допомозі при еклампсії, нирковій гіпертензії, первинній та вторинній профілактиці захворювань, «Д» спостереженню.

Гострі та хронічні запалення ниркових клубочків розповсюдженні захворювання нирок, головним чином запального характеру. Проявляються різною комбінацією 3 основних синдромів, мають тяжкі ускладнення і потребують інтенсивного лікування.

Виникнення гострого пієлонефриту пов`язують з наявністю в організмі інфекційних вогнищ будь-якої локалізації. Лікування хронічного пієлонефриту необхідно проводити тривало (роками).

Хронічний гломерулонефрит та пієлонефрит нерідко є причиною розвитку ХНН і смерті пацієнтів в працездатному віці. Своєчасна діагностика та адекватне лікування запобігають виникненню ускладнень.

***Нирковокам’яна хвороба  
(нефролітіаз)***

***Нирковокам’яна хвороба*** –хронічне захворювання, в основі якого лежить порушення водно-мінерального обміну та утворення каменів у чашечках та нирковій мисці, сечовивідних шляхах.

***Етіологія:***

1. порушення сольового і мінерального обміну;
2. питна вода з підвищеним вмістом солей кальцію та магнію (стронцію, кремнію, свинцю);
3. застійні явища в ниркових мисках;
4. одноманітна надмірна їжа (білкова, рафінований цукор);
5. травми поперекової ділянці;
6. авітаміноз А, гіпервітаміноз Д.

***Класифікації:***

***За складом каменів:***

1. однорідні (оксалатні, уратні, фосфатні, карбонатні, ксантинові, холестеринові);
2. змішані .

***За походженням:***

1. первинна нирково-кам`яна хвороба;
2. вторинна нирково-кам`яна хвороба (як наслідок перенесених гіперпаратиреозу,

саркоїдозу, подагри, хронічного ентериту, хронічного панкреатиту, інфекцій

сечовивідних шляхів).

***За кількістю каменів:***

1. поодинокі;
2. множинні.

***За розмірами***від розміру піщинки до повного заповнення просвіту миски (кораловий камінь)..

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

1. підвищення температури тіла;

2. приступ болю у поперековій ділянці, частіше справа, що іррадіює вниз по

сечоводу до зовнішніх статевих органів;

3. часте болюче сечовипускання;

4. виділення кров’янистої сечі;

5. неспокій;

6. блювання;

7. нудота.

**Б. Анамнестичні дані:**

- хворіють частіше чоловіки у віці 30-55 років;

- приступи коліки з відходженням каменів (приступ виникає після тряскої їзди, підстрибування, травми, значного фізичного навантаження);

- дія етіологічних чинників;

- спадковість.

***В. Об’єктивні методи обстеження:***

- температури тіла до 390 С;

- пацієнт ДУЖЕ неспокійний, не знаходить собі місця;

- блювання, що не приносить полегшення;

- симптом Пастернацького різко позитивний з ураженого боку, частіше справа;

- часте сечовипускання малими порціями;

- макро- та мікрогематурія.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

1. підвищення температури тіла;

2. приступ болю у поперековій ділянці, частіше справа, що іррадіює вниз по сечоводу до зовнішніх статевих органів;

3. часте болюче сечовипускання;

4. виділення кров’янистої сечі;

5. неспокій;

6. блювання;

7. нудота.

**Потенційні проблеми:**

- можливе виникнення непритомності, пієліту, пієлонефриту, гіпертензії тощо.

**Складемо медсестринський діагноз: -**підвищення температури тіла; - приступ болю у поперековій ділянці; - часте болюче сечовипускання; виділення кров’янистої сечі; - неспокій; - блювання; - нудота, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

1. підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, визначення рівня Са, неорганічних фосфатів, сечової кислоти;
2. підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, вмісту – добову секрецію кальцію, фосфатів, сечової кислоти, оксалатів, цистину;
3. підготовка пацієнта до УЗД нирок, екскреторної урографії, комп’ютерної томографії;
4. створення для пацієнта комфортних умов;
5. постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок пульсу, ЧДР, визначення добового діурезу;
6. контроль за дотриманням режиму;
7. значне пиття: 2-3 л води, чаю;
8. контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти, яка залежить від хімічного складу каменів. При фосфатах, лужній реакції сечі- вуглекислі мінеральні води, кисломолочні продукти (лимон, м'ясо в помірній кількості). При сечокислих каменях – лужні мінеральні води, овочі, обмеження м`яса;
9. допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;
10. **виконання лікарських призначень:**
11. ***при приступі ниркової коліки:***

- незалежні: гаряча сидяча ванна, тепло на поперекову ділянку, заспокоїти пацієнта, строге дотримання дієти (заборона гострої, пряної, холодної їжі;

- **препарати групи терпену**: цистенал;

- **міотропні спазмолітики**: баралгін, но-шпа;

- при відсутності ефекту – промедол з атропіном;

1. **літоліз** (розчинення каменів (при уратах) – магурліт, солімок, ураліт;
2. **дистанційна ударно-хвильова літотрипсія** – руйнування внутрішньо мискових конкрементів, якщо їх розміри менш 2 см в діаметрі, відсутні протипокази;
3. хірургічне лікування;
4. **тривале вживання препаратів, які діють при наявності солей**:
5. **уратів**: магурліт, мілурит, аллопуринол, ураліт;
6. **оксалатів** (окис магнію, вітаміни В6, гіпотіазид, пан ангін);

* вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
* бесіда з пацієнтом та його оточенням про особливості харчування при різних каменях : при оксалатах, фосфатах, карбонатах – обмежити продукти, багаті на кальцій (сир, молоко, яйця), при уратах – обмежити вживання м`яса, риби, бобових, що містять пуринові основи);
* розповідь про сучасні методи лікування (літотрипсія);
* обґрунтування режиму рухової активності, дотримання дієти;
* обґрунтування тривалості приймання лікарських засобів, вживання мінеральних вод та відварів сечогінних трав;
* обґрунтування необхідності санаторнр-курортного лікування (Трускавець, Железноводськ, Шкло, Східниця, Боржомі);
* навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз:***

- сечокам’яної хвороби визначається частістю рецидивів та ускладнень, кількістю каменів, вираженістю порушення уродинаміки, станом другої нирки.

**Профілактика:**

1. уникнення тряскої їзди, підстибування;
2. запобігання інфекційним захворюванням нирок;
3. вживання значної кількості мало мінералізованої води;
4. «Д» спостереження;
5. ЛФК.

***Хронічна ниркова недостатність (ХНН)***

***Хронічна ниркова недостатність*** **-**патологічний синдром, який розвивається внас-лідок прогресуючої загибелі нефронів та ниркової строми і характеризується посту-повим і неухильним зниженням функціональної здатності нирок, що є кінцевою стадією різних первинних або вторинних хронічних захворювань нирок.

***Етіологія:***

***Хронічні захворювання нирок:***

1. хронічний гломерулонефрит;
2. хронічний пієлонефрит;
3. полікістоз нирки;
4. амілоїдоз нирок;
5. діабетичний гломерулонефрит;
6. системні захворювання сполучної тканини.

***Класифікації:***

***І стадія***– латентна;

***ІІ стадія****–*компенсована;

***Ш стадія***– інтермітуюча;

***IV стадія****-*термінальна:

***1 період***- водовидільна функція збережена;

***II А****-*оліго -, анурія, СНII А, зворотні ураження ССС та інших органів;

***ІІБ***-ПА+СНПБ;

***ІІІ*-**тяжка уремія, декомпенсована СН, приступи серцевої астми, анасарка, дистрофія печінки та інших органів.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта**(під час загострення залежить від клінічної форми)**:**

1. загальна слабість, судоми;

2. свербіж шкіри;

3. болі в кістках, суглобах;

4. головний біль, безсоння;

5. зниження апетиту;

6. нудота, блювання, яке не приносить полегшення;

7. спрага;

8. підвищена втомлюваність;

9. задишка при фізичному наван­таженні, а в пізніх стадіях - і в спокої.

**Б. Анамнестичні дані:**

- часто - наявність етіологічного чинника..

***В. Об’єктивні методи обстеження:***

- температура тіла 35-36°С;

- запах аміаку з рота (уремічний запах);

- шкіра і слизові сухі, бліді з жовтушним відтінком зі слідами розчухувань;

- геморагічна висипка;

- кровоточивість ясен;

- шкіра ніби припудрована;

- язик сухий, обкладений коричневим нальотом;

- АТ підвищений;

- судомні посіпування м'язів;

- м'язи атрофовані, сила й тонус їх різко знижені;

- симптоми ураження ССС, ДС, НС, ТС, ЕС, ОРА, СОКТ.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

1. нудота, блювання;

2. спрага;

3. зниження апетиту;

4. порушення сну;

5. болі в кістках;

6. свербіж шкіри;

7. кровоточивість ясен.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємо-допомозі.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

* підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, визначення кислотно-основного

стану;

* підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, проб за Зимницьким, Роберга-Тареєва;
* підготовка пацієнта та проведення радіоізотопного сканування нирок, УЗД нирок, оглядової рентгенографії нирок, легень, кісток, нефросцинтиграфії, радіонуклідної ренографії, ЕКГ;
* створення зручних умов для пацієнта. Режим палатний;
* допомога пацієнтові в дотриманні дієти № 7, з обмеженням кухонної солі, молока, риби, води, білка. В поліурічній стадії – гіпокаліємії - продукти, багаті калієм – курага чорнослив, урюк, печена картопля. В термінальній стадії - гіперкаліємії - навпаки уникнення продуктів, багатих калієм;
* спостереження за динамікою набряків, кількістю випитої рідини, діурезом, зважування пацієнта;
* контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;
* допомога пацієнтові в догляді за слизовою оболонкою рота (полоскання ротової порожнини);
* визначення добової потреби організму у воді, допомога в дотриманні водного режиму;
* надання допомоги під час нудоти - дача м'ятних крапель;
* при блюванні – положення на боці, полоскання ротової порожнини (обмеження рідини, білків, солі);
* промивання шлунка та кишок;
* для зменшення свербіжу шкіри - вологе обтирання шкіри, гігієнічні душі, ванни.
* **виконання лікарських призначень:**
* **консервативне медикаментозне лікування:**

**Дієта**

Основними задачами дієтичного лікування при ХНН є:

1. Зменшення вживання білка з їжею - низькобілкова дієта (НБД);
2. Контроль споживання рідини;
3. Зменшення вживання продуктів, що містять Na+, K+, Mg2+, Cl-, фосфати

**Водно-сольовий режим** хворих залежить від важкості нефротичного синдрому, добового діурезу, проявів набрякового синдрому, серцевої недостатності і артеріальної гіпертензії.

Хворим з ХНН та збереженим діурезом чи поліурією, без набряків, серцевої декомпенсації та зі скорегованою гіпертензією, що спостерігається, як правило, при сечовому синдромі, дозволяється вживання великої кількості рідини - до 3,5л, що сприяє виведенню уремічних токсинів. Обмеження NaCl становить 7-8 г/добу.

При хронічних ураженнях тубуло-інтерстиціальної тканини слід зважати на можливість розвитку гіповолемії - хворі з “сільвтрачаючою ниркою”.

За умови виникнення олігурії - водне навантаження може бути більше за діурез тільки на 300-500 мл, кількість NaCl обмежується до 5 г/добу.

- **сорбенти**: полісорб, мультисорб, активоване вугілля;

- **кишковий та шлунковий діаліз**: промивання шлунку 2% розчином натрія гідрокарбонату, проносні – сорбіт;

- **протиазотемічні засоби**: хофітол, мепенефрил;

- **анаболічні препарати**: ретаболіл, неробол;

- **корекція ацидозу**: натрія гідрокарбонат;

- **корекція гіперкаліємії**: глюкоза з інсуліном, кальція глюконат, натрія гідрокарбонат;

- **корекція артеріальної гіпертензії** (тривала і безперервна):

- **натрійуретики**: урегіт, фуросемід, арифон;

- **бета - адреноблокатори**: атенолол, метопролол, пропранолол;

- **периферичні вазоділятатори**: празозин;

- **антагоністи кальцію**: верапаміл, ніфедипін, дилтіазем;

- лікування анемії: **полівітаміни**- ундевіт, дуовіт, супрадин; **препарати заліза** – фероплекс, фероцерон, конферон; **гормональні препарати** - тестостерон (чоловікам), рекормон; переливання відмитих еритроцитів);

- лікування остеодистрофії: **при гіпокальціємії** - кальцій карбонат; для корекції **гіперфосфатемії** - альмагель, вітамін Д, кальцитріол, кетостерил, тахістин, остеохін;

- лікування інфекційних ускладнень: **АБ** без нефротоксичної дії – левоміцетин, азитраміцин, кларитроміцин, бензилпеніцилін, цефалоспорини (цефазолін, оксацилін);

- **екстракорпоральне очищення крові:** перитонеальний діаліз, гемодіаліз;

* оперативне лікування:трансплантація нирки;
* вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
* бесіда з пацієнтом про гігієну порожнини рота, обґрунтування необхідності постановки очисних клізм, щоденних гігієнічних ванн;
* бесіда з пацієнтом про необхідність пересадки нирки, гемодіалізу з допомогою апарату «штучна нирка»;
* навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду;
* навчання оточуючих особливостям харчування пацієнта, вживання рідини, контролю добової кількості сечі та випитої рідини, профілактики ускладнень тощо.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Відновлення діалізу.

3. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз:***

1. ХНН прогресує різними темпами;
2. вона мати тривалі періоди ремісії;
3. проте можлива раптова смерть у випадках приєднання інфекції, травми чи внаслідок якоїсь операції;
4. до впровадження в практику хронічного гемодіалізу і трансплантації нирки прогноз ХНН був вкрай песимістичним;
5. удосконалення методів хроніодіалізу дало можливість подовжити життя таких пацієнтів порівняно надовго.

***Диспансеризація:***

1. «Д» спостереження за пацієнтами на ХНН здійснюють нефрологи спеціалі-зованих кабінетів при поліклініках;
2. пацієнти з І ступеню ХНН, відвідують нефролога і консультантів (стома-толога, отоларинголога, окуліста, акушера-гінеколога) не менше 3 разів на рік, з ІІ ступеню – до 6 разів на рік, з ІІІ ступеню ХНН- щомісячно;
3. усі пацієнти на ХНН, незалежно від її ступеня, направляють на МСЕК для встановлення ступеня непрацездатності;
4. пацієнтам з І ступеню ХНН –призначають ІІІ групу , з ІІ ступеню –ІІ групу інвалідності;
5. пацієнти, які перебувають на гемодіалізі, є інвалідами І групи.

**Профілактика**полягає в:

1. в ефективному лікуванні тих хронічних захворювань нирок, які призводять до ниркової недостатності.

**АУТОІМУННІ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**

Це група захворювань, які поєднані спільністю патогенезу – поява аутоантитіл до поверхневих антигенів сполучної тканини, яка існує практично у кожній системі органів і тканині але найбільше в суглобах, судинах, синовіальних оболонках, серці, м’язах, . В результаті у цих тканинах розвивається тривале запалення з заміщенням здорової тканини на рубцеву. При цьому функція органу або тканини порушується або втрачається.

Основними симптомами аутоімунних захворювань сполучної тканини є:

- лихоманка, зазвичай субфефрильна, рідше субфебрильна. Рівень лихоманки прямо пропорційний активності запалення.

- запальні зміни в суглобах (біль, набряк, місцева гіпертермія та гіперемія, порушення функції).

- запальні зміни в організмі (інтоксикація, зниження ваги, поліорганна недостатність, підвищення ШОЕ, лейкоцитоз).

***Ревматична хвороба***

***Ревматична хвороба*** (ревматична гарячка, хвороба Буйо—Сокольського) — системне запальне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в серцево-судинній системі та частим ураженням інших органів і систем, зокрема суглобів. Розвивається у зв'язку з гострим інфекційним ураженням (бета-гемолітичним стрептококом групи А). На сьогодні виділяють гостру ревматичну гарячку (ГРГ) і хронічну ревматичну хворобу серця (ХРХС).Жінки хворіють у 2,5-3 рази частіше, ніж чоловіки. Головним чином хворіють у 7-15- річному віці.

***Етіологія:***

***Збудники:***

* стрептококова інфекція (бета - гемолітичний групи А) - ангіни, фарингіти, синусити, хронічні тонзиліти тощо;
* віруси.

***Сприятливі фактори:***

* переохолодження;
* сирий клімат;
* холодне і сире помешкання;
* алергія;
* несприятливі соціальні умови;
* спадковий фактор;
* неповноцінне харчування;
* групи крові: А (II) і В (III).

Найчастіше захворювання ревматизмом і його загострення відмічається весною, восени.

***Класифікація***

**За клінічними проявами і варіантами:**

***Гостра РЛ:***

1. Великі: - кардит; - артрит.

2. Малі: - лихоманка; - артралгії.

***Рецидивна****(повторна)****РЛ:***

1. Великі: - хорея; - кільцеподібна еритема; - ревматичні вузлики.

2. Малі: - абдомінальний синдром; - серозити.

**За активністю процесу**:

**III**- висока;

**II** - помірна;

**І** - мінімальна.

**За наслідками**:

- без явних серцевих змін;

- ревматична хвороба серця:

- без вад серця;

- вада серця.

**За ступенями СН**:

- І;

- ІІ - А;

- ІІ - Б;

- ІІІ.

**За перебігом:**

- ***гострий*:** інтенсивний, гострий початок; полісимптомність, активність III, тривалість ревматичної атаки - 2-3 міс.;

- ***підгострий*:** поступовий початок, активність II, тривалість ревматичної атаки - 3-6 міс., тенденція до загострень;

- ***рецидивний*:** початок гострий, довготривалий (до 6 міс.), хвилеподібний перебіг із загостреннями і неповними ремісіями. В період загострення - актив­ність III;

- ***затяжний*:** поступове виникнення симптомів, перебіг монотонний, без чітких ремісій, активність І;

- ***латентний*:** морофологічні прояви ревматизму (на­приклад, вади серця) без клінічних і лабораторних ознак.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта (**у типових випадках перша атака ревматизму виникає через 1-2 тиж. після перенесеної ангіни, фарингіту, синуситу тощо)**:**

**Провідним синдромом при ревматизмі*є ураження серця***. Ревматичний процес може уражати ендокард, міокард і перикард (це називається *ревматичним панкардитом),*але найчастіше він розвивається за типом ендоміокардиту.

Розрізняють первинний ревмокардит, який відображає початкові прояви ревматизму, і зворотний, що виникає в разі рецидивів ревматичного процесу, частіше на тлі ураження клапанного апарату серця:

- біль в ділянці серця;

- серцебиття;

- задишка,

- біль в правому підребер’ї.

**При гострому суглобному ревматизмі:**(уражаються великі суглоби):

- спостерігається сильний біль, який може спричинити нерухомість;

- біль мігруючий («летючого» характера);

- пітливість;

- шкіра над ними гіперемійована, гаряча на дотик;

- рухи в суглобах різко болісні, обмежені.

Одночасно з ураженням серця розвивається ураження великих кровоносних судин - **ревматичний васкуліт***.*

До ревматичних**уражень шкіри**належать:

- *кільцеподібна або вузлова еритема*(блідо-рожево-червоні або синюшно-сірі плями, переважно на шкірі внутрішніх поверхонь рук, ніг, шиї, тулуба – при натисканні на уражену ділянку шкіри плями зникають, потім з`вляються знову, не сверблять, не болять);

- *ревматичні вузлики*(1-2 см у діаметрі, щільні, неболісні, розташовані п/ш в місцях ураження суглобів, на передпліччях, гомілках) – вони зустрічаються рідко;

- *точкові крововиливи тощо.*

На фоні ревматизму може виникнути - **ревматична пневмонія, плеврит**симптоми яких нагадують звичайну пневмонію, плеврит).

При ревматизмі **уражаються м`язи,** що проявляються:

- сильним болем;

- гіпотонією.

**Ураження нирок** у пацієнтів ревматизмом спостерігається до 50 % випадків.

Органи травлення при ревматизмі уражаються не часто: у 5-7 % пацієнтів спостерігається гепатит, порушується функція підшлункової залози (симптоми яких нагадують звичайні стмптоми гепатиту, панкркатиту).

**Ураження нервової системи** при ревматизмі часто виявляється *хореєю*(діти хворіють переважно, особливо у дівчаток), характеризується: вимушеними химерними рухами тулуба, кінцівок, мімічної мускулатури, психоемоційною лабільністю. Виявляється при рецидивних формах.

**Б. Анамнестичні дані:**

- стать Ж:Ч = 3:1, перважно діти і особи молодого віку 7-15 років; - початкова інфекція протягом кількох днів.

***В. Об’єктивні методи обстеження:***

* ***ураження серця при ревматизмі:***

- шкіра бліда;

- вени шиї набряклі;

- задишка;

- в тяжких випадках: набряки;

- пульс - частий, слабкого наповнення;

- АТ - в нормі або незначне зниження.

* ***при гострому суглобному ревматизмі:***

- ураження симетричні;

- суглоби опухають;

- шкіра над ними гіперемійована, гаряча на дотик;

- рухи в суглобах різко болісні, обмежені.

- температура тіла - 37-38°С;

* ***уражень шкіри:***
* *кільцеподібна або вузлова еритема*(блідо-рожево-червоні або синюшно-сірі плями, переважно на шкірі внутрішніх поверхонь рук, ніг, шиї, тулуба – при натисканні на уражену ділянку шкіри плями зникають, потім з`вляються знову, не сверблять, не болять);

- *ревматичні вузлики*(1-2 см у діаметрі, щільні, неболісні, розташовані п/ш в місцях ураження суглобів, на передпліччях, гомілках);

* ***симптоматика ураження легень, нирок, травного каналу, нервової та сечовидільної систем.***

**Аналіз крові:**

-прискорення ШОЕ;-лейкоцитоз; - позитивний «С»- реактивний білок; - диспротеїнемія (зниження вмісту альбуміну в сироватці крові і підвищенняглобулінів);

- підвищення рівня сироваткових мукопротеїдів і глюкопротеїдів (збільшення показників дифеніламінованої проби, сіалової кислоти, серомукоїду).

**Інструментальні методи дослідження:**

* електрокардіографія: порушення серцевого ритму, зниження амплітуди зубців. У разі сформованої вади серця – зміни, що відповідають ураженню клапанів серця;
* фонокардіографія: ослаблення І тону, поява ІІІ тону, систолічний шум над верхівкою серця. Під час формування вади серця – відповідні зміни;
* R-графія при ревмокардиті важкого ступеня – дилатація лівого шлуночка, при формуванні вади серця – відповідна рентгенологічна картина.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:**

- болі і неприємні відчуття в ділянці серця;

- гострий біль в ділянці великих суглобів;

- обмеження рухомості суглобів;

- задишка;

- загальна слабість.

**Потенційні проблеми:**

- можливість формування вад серця; - можливість виникнення нової ревматичної атаки тощо.

**Складемо медсестринський діагноз: -**болі і неприємні відчуття в ділянці серця; - гострий біль в ділянці великих суглобів, обмеження рухомості суглобів; - задишка; - загальна слабість, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними тощо.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

* підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, визначення білкового обміну, ферменгін, ІДК;
* підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС;
* підготовка пацієнта та взяття мазка з ротоглотки для визначення флори та її чутливості до АБ;
* підготовка пацієнта до ЕКГ, ФКГ, Доплер - ЕхоКГ;
* підготовка пацієнта до R- графії органів грудної клітки, УЗД серця;
* створення зручних умов для пацієнта. Режим залежить від активності процесу та ступеня СН;
* постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t° тіла, AT, визначення Р, підрахунок числа ЧДР;
* допомога пацієнту в дотриманні особистої гігієни;
* допомога пацієнту в дотриманні дієти: стіл № 10 за Певзнером (на період лікування вилучають з харчового раціону гострі, копчені страви, обмежити вживання кухонної солі (до 4 - 5 г/добу), повністю припинити куріння та вживання алкоголю. Слід звернути увагу на достатню кількість білка в добовому раціоні – не менше 1 г на 1 кг маси тіла пацієнта та вітамінів.

Потрібно споживати багато овочів.

* при болях в серці - заспокоїти пацієнта, дача ліків, призначених лікарем;
* при болях в суглобах - зручна м'яка постіль, підкладання подушки, постановка зігрівальних компресів;
* при задишці - доступ свіжого повітря, звільнення від стискаючого одягу, фізичний спокій. Допомога пацієнтові в пересуванні;

- **виконання лікарських призначень:**

- **консервативне лікування**:

* ***медикаментозне***:

-**АБ**: спіраміцин, ампіцилін, бензилпеніцилін, оксацилін, еритроміцин, кларитро-міции, цефалоридин, цефазолін, цефтріаксон, цефалотин;

- **НПЗП**: рофекоксиб, целекоксиб, індометацин, натрія диклофенак (вольтарен, ортофен, диклобрю), ібупрофен (бруфен, ібупрон, мотрин), кетопрофен (профенід, орудис), бутадіон, мелоксикам, німесулід;

- **ГКС**: преднізолон, метилпреднізолон, дексаметазон, тріамцинолона ацетонід;

- **імуносупресанти**: амінохінолінові препарати: гідроксихлорохін, хлорохіна фосфат;

- **метаболічні препарати**: АТФ-лонг, кобамамід, інозин, фосфаден, натрія едено-зантрифосфат, калія оротат, піридоксальфосфат, ліпоєва кислота, кокарбоксилаза;

- **вторинна профілактика** PJI - бацилін 5;

- **антигістамінні препарати**: лоратадин, клемастин, астемізол;

- **вітаміни**: Р, С, В та інш.;

- **симптоматичні препарати**: периферійні вазодилататори, сечогінні, серцеві глікозиди, антиарітмічні тощо;

* фізіопроцедури - призначають після гострого періоду: УФ опромінення тощо; ЛФК, направлена на тренування ССС;
* санаторно - курортне лікування;
* оперативне: при розвитку вад серця - комісуротомія, протезування клапанів;
* санація осередків інфекції;
* вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
* бесіда з оточенням пацієнта про надання психологічної підтримки пацієнтові, активізацію внутрішніх сил на одужання;
* навчання оточуючих догляду за пацієнтом, забезпечення повного осблуговування пацієнта при необхідності.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

***Прогноз***

Прогноз ревматизму залежить від перебігу патологічного процесу і ступення втягнення в процес тих чи інших органів і систем. Шкірні та суглобні форми ревматизму мають, як правили, сприятливий перебіг.

Мала хорея зникає до 18 - 20-річного віку. Прогноз при ревматизмі визначається насамперед станом серця (наявність і тяжкість вади, вираженість кардіосклерозу і розладів кровообігу).

Важливе значення мають терміни початку лікування активного ревматизму тощо.

***Профілактика:***

**Первинна***:*(мета – запобігти першій атаці ревматизму):

- загартовування;

- уникати переохолодження;

- підвищення життєвого рівня;

- раннє та ефективне лікування ангін та інших гострих стрептококових

захворювань верхніх дихальних шляхів;

- уникнення інтенсивних фізичних та емоційних перевантажень;

- проходження профілактичних медичних оглядів тощо.

**Вторинна**: (мета – уникнення повторних атак ревматизму):

- диспансерне спостереження після перенесеної ревматичної атаки;

- біцилін - 5 (1,5 мли ОД 1 раз в місяць в/м протягом 5 років);

- в/м введення ретарпену – по 2 млн. ОД 1 раз на 3 тиж упродовж як мінімум 5 років після першої атаки, а за потреби й довше;

- в осінньо - весняний період протягом 2-3 тижнів протиревматичні засоби;

- поточна профілактика - 10-ти денна терапія пеніциліном при гострих ангінах, до і після тонзилектомії, екстракції зуба тощо. У разі не переносності пеніциліну його можна замінити еритроміцином - по 250 мг 4 рази на добу або сучасними макролітами - кларитроміцином, азитроміцином, рокситроміцином.

***Ревматоїдний артрит***

***Ревматоїдний артрит*** - хронічне захворювання сполучної тканини, яке характеризується прогресуючим симетричним ерозивно-деструктивним поліартритом та запально-дистрофічними процесами у внутрішніх органах.

За даними відділу медичної статистики МОЗ в 2010 р. поширеність ревматоїдного артриту (РА) в абсолютних показниках становила 116492 хворих (серед яких понад 52 000 – особи працездатного віку), а захворюваність – 6190.

Втрата працездатності і зростання інвалідності є найважливішим соціально-економічним наслідком РА. Непрацездатність може виникати вже на ранній стадії розвитку хвороби і стає пожиттєвою проблемою у 27 % хворих на РА протягом перших трьох років після початку хвороби, а через 8-11 років виникає приблизно у 85 % пацієнтів, які потребують постійного сучасного медикаментозного лікування, проведення реабілітаційних заходів, обов’язкової госпіталізації при загостренні хвороби, нерідко складних ортопедичних оперативних втручань. Рівень смертності у хворих на РА принаймні у два рази вищий, ніж у загальній популяції. Цей показник погіршується з кожним роком.

**Етіологія*(****причини остаточно не з’ясовані)***:**

- сімейно-генетична схильність (обтяжна спадковість);

* не виключена роль таких інфекційних агентів, як:

- стрептококи групи В; - мікоплазми; - хламідії;

- віруси краснухи; - вірус кору;

- вірус герпесу;

* сприяють розвитку захворювання:

- ультрафіолетове опромінення; - переохолодження; - ультразвук; - переливання ком-понентів крові; - застосування сироваток; - тяжка фізична праця; - несприятливі умови праці.

**Класифікація:**

***-*****Серопозитивний ревматоїдний артрит:**

(розрізняють такі варіанти захворювання)

- *моноартрит*-ревматоїдний артрит з ураженням 1 суглоба;

- *олігоартрит*- ревматоїдний артрит з ураженням 2 - 3 суглобів;

- *поліартрит -* ревматоїдний артрит з ураженням багатьох суглобів;

- *ревматоїдний васкуліт* (дигітальний артеріїт, хронічні виразки шкіри, синдром Рейно);

- *ревматоїдні вузлики;*

- *полінейропатія;*

-*ревматоїдна хвороба легень*(альвеолі, ревматоїдна легеня);

- *синдром Фелті.*

***-*** **Серонегативний ревматоїдний артрит:**

*- моноартрит; - олігоартрит; - поліартрит;* - *синдром Стілла дорослих.*

***-* За перебігом розрізняють ревматоїдний артрит*:***

**-***з повільним* (роки, десятиріччя);***-****швидким*(тижні, місяці);***-****невираженим*(доброякісний перебіг, в анамнезі 1-2 загострення) прогресуванням.

**- За ступенем активності розрізняють:**

- *високий* (скутість протягом усього дня, значні гіпертермія і ексудативні зміни); - *середній*(ранкова скутість до 12 год. дня, помірна гіпертермія і ексудативні зміни); - *низький запальний процес* (рання скутість до 30 хв., незначні гіпертермія і ексудативні зміни); - *0*(відсутність ранкової скутості, гіпертермії та ексудативних змін); - *ремісія*(ознак запалення немає)*.*

**-** **Рентгенологічна стадія:**

- *І* - навколосуглобовий остеопороз*;* - *ІІ* - остеопороз + звуження суглобової щілини (можуть бути поодинокі узури)*;* - *ІІІ* -те саме + множинні узури;-*ІV* - те саме + кісткові анкілози.

**-****Функціональна активність:**

*- виконання життєво важливих маніпуляцій здійснюється без утруднень; - здійсню-ється з утрудненнями; - здійснюється зі сторонньою допомогою.*

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

* **основним синдромом** є *суглобовий синдром*(**біль в** **дрібних суглобах** **кінцівок**):

**-***найчастіше уражаються*:ІІ та ІІІ п`ястково-фалангові, проксимальні між-фалангові, плесно-фалангові, колінні, променево-зап`ясткові, ліктьові та над-п`ястково-гомілкові суглоби;

**-**характерна поява *ранкової скутості* тривалістю понад 30 хв. (симптом щільних рукавичок, корсета);

**-***біль*у суглобах постійний, посилюється при будь-яких рухах, найсильніший у другій половині ночі та зранку;

- *порушення сну;*- *підвищення температури тіла; - зниження апетиту; -*пітливість

***В). Анамнестичні дані:***

- початок переважно поступовий; - через 1-2 тижні від початку з’являються перші ознаки; - перенесені інфекції; - вплив перегрівання або переохолодження; - травми;- супутні хвороби; - фізичне навантаження тощо.

***С). Об’єктивно:***

- температура тіла 37-380 С;

- *шкіра* над ураженими суглобами припухла, яскраво рожева з ціанотичним набряком, суха, стоншена, з ділянками депігментації;

**-**типовою ознакою є *симетричність ураження суглобів;*

- виникають зміни в суглобово-зв`зковому апараті суглобів – виникає *деформація*:ульнарної девіації кисті -(«плавець моржа»), деформації пальців за типом «ґудзикової петлі», «шиї лебедя», згинальних контрактур великих і малих суглобів;

- *обмежується*амплітуда рухів, у деяких випадках виникає *анкілоз* –повна відсутність рухів;

- через *атрофію м`язів*зменшується м`язова сила, пацієнтам стає*важко утримувати*в руках предмети, яку мають невелику масу (ложку, ніж);

*- нігті* – стоншені, ламкі, з поперечною окресленістю, поблизу ложа нігтя можливе виникнення некрозу;

*- ревматоїдні вузлики*– розміри їх від 2-3 мм до 2-3 см, локалізація найчастіше - ділянка ліктя, розгинальний бік передпліччя, коліна, суглоби кисті (виявлються у 30 % пацієнтів);

*- збільшення лімфатичних вузлів* (у 25-30 % випадків), може бути регіональним, так і симетричним;

- *зміни в серці* (міокардит, перикардит), *легенях* (плеврити, пульмоніти), *нирках*(гломерулонефрит, амілоїдоз), *травному тракті* (гастрити, кишкова диспепсія), *ЦНС і ПНС*(безсоння, адинамія, дратівливість, випадає волосся).

**Діагностика:**

Діагностичні критерії:

* ранкова скутість, яка триває протягом 1 год; - артрит 3 суглобових зон і більше;
* набряк м`яких тканин і випіт, який знаходиться у 3 суглобових зонах і більше;
* артрит суглобів кисті; - припухлість променево-зап`ясткових, проксимальних міжфалангових суглобів; - симетричний артрит; - ревматоїдні вузлики;

- ревматоїдний фактор у сироватці крові; - рентгенологічні зміни.

При наявності 4 і більше з 9 перерахованих критеріїв можна встановлювати діагноз ревматоїдного артриту.

**Лабораторна діагностика:**

- збільшення ШОЕ;**-**лейкоцитоз (під час загострення), у подальшому – лейкопенія;

- високі титри ревматоїдного фактору (за реакцією Ваалера-Роуза);**-**біохімічне дослідження крові:- гіпергаммаглобулінемію;- збільшення фібриногену крові;

- збільшення серомукоїду; - поява С-реактивного протеїну.

***ІІ етап* *медсестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - біль в дрібних суглобах кінцівок; - ранкова скутість; - зниження апетиту; - порушення сну; - підвищення температури тіла; - пітливість тощо

**Потенційні проблеми:** - можливість втрати спроможності до самообслуговування тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- біль в дрібних суглобах кінцівок; - ранкова скутість; - зниження апетиту; - порушення сну; - підвищення температури тіла;

- пітливість, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення само- та взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1.Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, ІДК.

1.2. Підготовка пацієнта та взяття синовіальної рідини для лабораторного дослідження.

1.3. Підготовка пацієнта до біопсії синовіальної оболонки.

1.4. Підготовка пацієнта до R-графії суглобів, радіоізотопного дослідження суглобів, магнітно-резонансної томографії.

1.5. Створення зручних умов для пацієнта. Режим - залежно від тяжкості ураження.

1.6. Постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, визначення РS, підрахунок ЧДР.

1.7. Контроль та допомога пацієнтові у дотриманні правил особистої гігієни.

1.8. Допомога в дотриманні пацієнтом дієти № 15 (якщо нема протипоказів), збагачений вітамінами.

1.9. При гіпертермії - фізичні методи охолодження, переодягання пацієнта.

1.10. При болях в суглобах - зручна м’яка постіль, підкладання подушки, постановка зігрівальних компресів.

1.11. Фізичний та психічний спокій (особливо на ніч).

2. **Виконання лікарських призначень**:

2.1. **Консервативне лікування**:

Медикаментозне:

2.1.1.***Базисні препарати:***

- *цитостатики*: метотрексат, лефлуноміл, азатіоприн, циклофосфамід, циклоспорин, амінозин;

- *препарати золота*: кризанол, ауранофін, ауротіомалат натрію;

- *Д-пеніциламін*;

- *амінохінолінові препарати*: хлорохіна фосфат, гідроксихлорохін;

- *сульфаніламіди:* сульфасалазин, салазопіридазин;

- *ферментні препарати*: вобензим, флогензим;

2.1.2. *НПЗП:* натрія диклофенак, мелоксикам, моваліс, ібупрофен, німесулід, індометацин, целекоксиб, рофекоксиб;

2.1.3. ГКС: дексаметазон, метилпреднізолон;

-2.1.4. *АБ*(при супутній інфекції): азитроміцин, кларитроміцин, флуренізид, міноциклін.

2.1.5. Внутрішньосуглобове введення ліків: тріамцинолону ацетонід, кеналог, метилпреднізолону, бетаметазону, гідрокортизону, амітозину.

2.1.6. На фоні терапії МТ призначається фолієва кислота.

2.1.7. Локальне лікування: аплікації НПЗП, димексиду, бішофіту; кріолікування, акупунктури.

2.1.8. Еферентне лікування: гемосорбція, плазмаферез, лімфоцитоферез, імуно-сорбція.

2.1.9.Фізіотерапія: ЛФК, масаж, іонофорез, магнітотерапія, лазера терапія, індуктотермія, теплові процедури, гязе- та бальнеолікування.

2.1.10. Санаторно-курортне лікування (в стадії ремісії) - Євпаторія, Саки, Черче, Одеса-Куяльнік, Немирів, Хмільник.

2.2. Оперативне:

2.2.1. Видалення синовіальної оболонки.

2.2.2. Артродез.

2.2.3. Артропластика.

2.2.4. Протезування суглоба.

3. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

4. Бесіда з оточуючими про надання психологічної підтримки пацієнтові, активізування його внутрішніх сил на одужання.

5. Навчання оточуючих догляду за пацієнтом, забезпечення повного обслуговування пацієнта при необхідності.

6. Навчання пацієнта трудотерапії (фізичним вправам) для уражених суглобів.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

***Прогноз***

Захворювання має прогресуючий перебіг. Майже 90 % пацієнтів з агресивною формою захворювання стають непрацездатними, тривалість життя пацієнтів із системними проявами захворювання зменшується на 10-15 років.

**Диспансеризація пацієнтів:**

«Д» нагляд за пацієнтами здійснює сімейний лікар та лікар-ревматолог.

Огляд проводиться 1 раз на 2 місяці з дослідженням активності процесу 1 -2 рази на рік.

***Системний червоний вовчак (СЧВ)***

***Системний червоний вовчак***- хронічне аутоімунне захворювання, яке характеризується генералізованим ураженням сполучної тканини органів і судин, а також вираженим поліморфізмом клінічної картини хвороби.

Це хронічне рецидивуюче захворювання сполучної тканини, яке розвивається переважно в дівчат і молодих жінок на фоні генетично зумовленої неповноцінності імунної системи. Воно супроводжується неконтрольованою продукцією антитіл до власних клітин і їх компонентів, розвиток аутоімунного та імунокомплексного хронічного запалення.

Частота захворювання на системний червоний вовчак у різних країнах неоднакова, наприклад у Південній Америці та Європі вона становить близько 40 випадків на 100000 осіб. Частота виникнення системного червоного вовчака у людей похилого віку і дітей становить 1 випадок на 100000 осіб.

**Етіологія:**

- генетичні чинники; - вірусна природа; - підвищена інсоляція; - дія іонізуючої радіації; - перенесені алергічні захворювання; - вживання деяких лікарських препаратів (ізоніазид, індометацин, антибіотиків, сульфаніламідних препаратів); - введення вакцин, сироваток; - переливання крові; - контакт з хімічними реагентами (талієм, кадмієм, цинком, ксенобіотиками); - вік 17-48 років; - стать (жінки хворіють частіше - Ж:Ч=10:1); - у жінок - аборт, пологи; - за даними статистики, системний червоний вовчак розвивається одночасно у 30% однояйцевих близнюків і тільки у 5 % двояйцевих; - захворювання часто має сімейний характер.

**Класифікація:**

**І.** ***Характер перебігу за початком хвороби та подальшим прогресуванням****:*

1. *Гострий*: раптовий початок, лихоманка, симтом «метелика», поліартрит, серозит, висока активність процесу, тривалість хвороби 1-2 роки.

2.*Підгострий*: поступовий початок 2-3 роки, є полісиндромність, хвилеподібний перебіг, висока або помірна активність процесу.

3. *Хронічний*(довготривалі рецидиви окремих синдромів):

- рецидивний поліартрит або серозит; - синдром Рейно; - епілептиформний синдром; - синдром дискоїдного вовчака тощо.

***ІІ. Ступінь активності:***

1.*Активна* - *відсутня* (0); - *мінімальний* (І); - *помірний* (ІІ); - *високий* (ІІІ).

2. *Неактивна фаза* (ремісія).

**ІІІ. *Клініко-морфологічна характеристика уражень****:*

1. *Шкіри*: - «метелик»; - ексудативна еритема; - дискоїдний вовчак; - капілярит; - пурпура тощо.

2.*Суглобів*: - артралгії; - поліартрити.

3. *Серозних оболонок*: - полісерозит, плеврит, перикардит.

4. *Серця*: - міокардит; - ендокардит; - недостатність мітрального клапана, кардіосклероз.

5. *Легень*: - пневмоніт; - пневмосклероз.

6. *Нирок*: - дифузний гломерулонефрит; - вогнищевий нефрит; - пієлонефритичний синдром.

7. *Нервової системи*: - інсульт; - поліневрит; - інфаркт мозку.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

*підвищена температура тіла* (вона коливається від субфебрильної до вираженої гарячки); - *шкірні висипання* (еритематозні висипи, які розташовані на спинці носа і вилицях); - *інтенсивні болі в одному або декількох суглобах та м’язах; - втрата апетиту, похудіння*; - *головний біль; - загальна слабкість; - серцебиття;- біль в грудях тощо.*

***В). Анамнестичні дані:***

* початок хвороби повільний після перенесеної вірусної інфекції, введення вакцин, сироваток, фотосенсибілізації, надмірного ультрафіолетового опромінення;

- несприйняття ліків; - значення має обстежена спадковість.

***С). Об’єктивно:***

- *температура тіла 37-380 С;* - *загальна слабкість*;

*- ураження шкіри*:- еритематозні висипи, які розташовані на спинці носа і вилицях (за своєю формою вони нагадують *крила метелика*);

- *на шкірі тулуба, кінцівок, долонях, дистальних фалангах пальців кисті* – сітчаста еритема;

- *під шкірою* пальпуються еластичні вузлики; - *характерний поліморфізм висипів* і поширення їх по всьому тілу - розрізняють до 30 видів висипів на шкірі;

- *ураження суглобів*: - артралгії; - поліартрит (сильна біль у суглобах, але набряк, гіперемія шкіри, порушення у суглобі відсутні, характерна асиметрія ураження);

- суглобовий синдром виникає частіше влітку, після підвищеної інсоляції;

* ознаки ураження органів та систем, зазначених в класифікації.

***Діагностика:***

- наявність LЕ- клітин (вовчакових клітин); - збільшення титру антиядерних антитіл, тобто антитіл до ДНК; - біопсія шкірно-м`язового клаптика (виявляють ознаки васкуліту, кругло клітинну інфільтрацію); - збільшення кількості глобулінів; - поява С-реактивного протеїну; - зменшення вмісту альбумінів; - збільшення ШОЕ;- зменшення кількості еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитів; - підвищення рівня сіалових кислот, фібриногену тощо.

***ІІ етап* *медсестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - рецидивуючий біль в суглобах рук та ніг; - підвищення температури тіла; - головний біль;**-**біль в м’язах; - схуднення; - еритематозна висипка на шкірі; **-**біль в грудній клітці тощо.

**Потенційні проблеми:** - можливість виникнення пневмоній, інсультів, гломерулонефритів тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- рецидивуючий біль в суглобах рук та ніг; - головний біль; - біль в м’язах; - схуднення; - підвищення температури тіла; - еритематозна висипка на шкірі; **-**біль в грудній клітці, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення само- та взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1.Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, ІДК.

1.2. Підготовка пацієнта та взяття сечі на ЗААС.

1.3. Підготовка пацієнта до плевральної, спинномозкової пункції, пункції суглобів.

1.4. Підготовка пацієнта до біопсії нирок, шкіри, лімфовузлів, синовіальної оболонки.

2.1. Підготовка до ЕКГ, ФКГ, ЕхоКГ.

2.2. Підготовка пацієнта до R-графії суглобів, легень, серця, комп’ютерної томографії НС.

3.1 Створення пацієнтові комфортних умов. Забезпечення режиму в залежності від ступеня тяжкості.

3.2. Постійний контроль за самопочуттям та станом пацієнта: вимірювання t0 тіла, АТ, РS, ЧДР, зважування.

3.3. Допомога в дотриманні пацієнтом особистої гігієни.

3.4. Дієта №15, №7 або №10 (відповідно до переважаючого ураження).

3.5. При болях в суглобах - зручна м’яка постіль, підкладання подушки, зігрівальний компрес.

3.6. При гіпертермії - значне пиття, фізичні методи охолодження, зміна білизни.

3.7. Виключення провокаційних факторів (інсоляції, інфекції, вакцинації, стресів тощо).

4. **Виконання лікарських призначень**:

4.1. Медикаментозне лікування:

- *ГКС:* преднізолон, метилпреднізолон, тріамцинолону, ацетонід, дексаметазон;

- *імуносупресанти*: циклофосфамід, азатіоприн, циклоспорин, мофетилу мікофеналат, метотрексат, хлорбутин;

- *амінохінолінові препарати* (при переважному ураженні шкіри та суглобів): хлорохіну фосфат, гідроксихлорохін;

- *нестероїдні протизапальні препарати*: натрія диклофенак, індометацин, німесулід, напроксон, целебоксиб, мелоксикам;

- *антикоагулянти та антиагреганти*: натрія гепарин, гепарибене-Са, кальція надропарин, фраксіпарин, дипіридамол, пентоксифілін.

4.2. Плазмаферез, лімфоцитоферез, імуносорбція, гемосорбція.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Переконання пацієнта та його оточення в необхідності дотримуватись розпорядку дня з достатнім сном, уникнення інсоляції, інфекцій. Переохолоджень, операцій.

6.1. Навчання пацієнта та його оточення само- та взаємодогляду.

6.2. Психологічна підтримка пацієнта: попередження його про хронічну природу хвороби, необхідність диспансерного спостереження, періодичного лікування, можливість соціальної реабілітації.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань

**Прогноз**

- останніми роками прогноз значно поліпшився у зв’язку з проведенням комплексного лікування хвороби;

- при ранньому виявленні захворювання і адекватному систематичному лікуванні вдається досягти ремісії в 90 % пацієнтів і продовжити тривалість їх життя;

- вагітність і пологи можуть несприятливо вплинути на перебіг хвороби;

- однак при неактивному процесі та відсутності в анамнезі й клінічній картині даних про ураження нирок вагітність дозволена;

- вагітна повинна перебувати під постійним «Д» контролем;

- у 38 - 45 % пацієнтів на СЧВ виникають ускладнення вагітності - викидні, передчасні пологи, а в 50 % - смерть плода.

**Профілактика:**

**-**своєчасне виявлення осіб із групи ризику, оздоровлення, підвищення активності їх імунної системи; - рання діагностика захворювання; - зменшення впливу факторів, що сприяють розвитку СЧВ; - для того, щоб запобігти прогресуванню хвороби - диспансерне спостереження, постійне проводять своєчасну, адекватну, комплексну терапію СЧВ; - оберігання від дії фізичних, хімічних факторів; - регламентований режим праці та відпочинку; **-**пацієнтам забороняється перебувати на сонці у відкритому одязі; -протипоказані ФЗТ процедури, УФ опромінення, уведення вакцин і сироваток тощо.

***Системна склеродермія***

***Системна склеродермія***– це прогресуюче полісиндромне аутоімунне захворювання з характерним ураженням шкіри, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів та розвитком поширеного синдрому Рейно.

Термін «склеродермія» стосується групи захворювань, при яких запальні процеси, стовщення та ущільнення шкіри виникають внаслідок надмірного відкладення в ній колагену та інших білкових сполук.

Розрізняють системну та локалізовану склеродермію. При локалізованій склеродермії відбувається асиметричне стовщення та ущільнення шкіри, без ознак ураження внутрішніх органів. Захворювання розпочинається зазвичай у віці 30-50 років.

**Етіологія:**

- стать Ж : Ч = 7 : 1; - хімічні, аліментарні, медикаментозні фактори; - віруси; - бактерії; - переохолодження; - вібрація; - травми; - стреси; - вагітність; - алергізація; - клімакс; - дія іонізуючої радіації; - спадковість; - нейроендокринні порушення; - інтоксикація.

**Класифікація:**

**За клінічними формами:**

1. *Дифузна склеродермія* (генералізоване ураження шкіри та вісцеропатії).

2. *Лімітована склеродермія* (ураження шкіри обличчя та кистей).

3. *Перехресний синдром*: системна склеродермія + дерматоміозит, системна склеродермія + ревматоїдний артрит та ін.

**За стадіями хвороби:**

- *І*- початкова; - *ІІ*- генералізації; - *ІІІ* - термінальна.

**Характер перебігу:**

- *гострий*; - *підгострий;* - *хронічний*.

***Ступінь активності:***

- *0*- (відсутня); - *І* - (мінімальний);- *ІІ* - (помірний); - *ІІІ* - (високий).

**За клініко-морфологічними змінами органів і систем:**

1.*Шкіра та периферичні судини:*- щільний набряк; - індурація; - атрофія;

- гіперпігментація; - телеангіектазії; - виразкові ураження; - синдром Рейно.

2. *Опорно-руховий апарат* (артралгії, поліартрит, контрактури, поліміозит, кальциноз, остеоліз кінцівок, а в тяжких випадках середніх фаланг пальців рук, рідше ніг).

*3. Серце*(інтерстиціальний міокардит, кардіосклероз, вади серця, перикардит).

*4. Легені*(інтерстиціальна пневмонія, пневмосклероз, плеврит).

*5. Травна система* (езофагіт, дуоденіт, коліт, синдром порушення всмоктування).

*6. Нирки* (склеродермічна ниркова криза, гостра або хронічна нефропатія).

*7. Нервова система* (поліневрит, нейропсихічні розлади, вегетативні розлади).

*8*. *Ендокринна система* (гіпотиреоз, хронічна наднирникова недостатність тощо).

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими

методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги:**

* загальна слабість; - схуднення; - біль та деформація суглобів; - біль в мязах; - м'язева слабість; - затерпання (оніміння) верхніх і нижніх кінцівок; - порушення ковтання (дисфагія);- симптоматика, пов’язана з ураженням внутрішніх органів.

**В). Анамнестичні дані:**

- початок хвороби повільний (рідше гострий); - наявність чинників ризику;

- починаючись з одного симптому, хвороба стає генералізованою, багатосиндромною.

**С. Об'єктивно:**

**основна ознака захворювання – *ураження шкіри:***

- *втрачає еластичність і ущільнюється шкіра обличчя, шиї, грудей, передпліч, кистей, живота, спини*; - *змінюється її забарвлення*, з`являються ділянки депігментації або гіперпігментації; - *добре видно підшкірні судини*; - *шкіру обличчя важко взяти в складку*; - *вираз обличчя стає подібним до маски*; - *характерна форма рота:* губи тонкі, зібрані в складки, які не розгладжуються і скеровані до ротової щілини;

- *розвивається склеродермічна кисть* («пташина лапа») - шкіра кистей блискуча і стовщена, пальці часто зігнуті, рухомість їх обмежена, сила м`язів послаблена;

- *відбувається вкорочення пальців*;

- *ураження дрібних судин:* (розвиваються – трофічні виразки, гангрена пальців, крововиливи, вазомоторні порушення);

- *синдром Рейно*(зазвичай уражаються верхні кінцівки)*:*- збліднення пальців кисті; - відчуття затерпання кінцівок; - повзання мурашок; іноді вплоть до сухої гангрени

*- ураження суглобів:* - суглоби кистей, променево-зап`ясткові, ліктьові, плечові суглоби; - відмічається больовий синдром; - ранкова скутість; - стійкі згинальні контрактури;

*- зміни в м`язах:* - атрофія та зменшення маси м’язової тканини, з`являються болісні ущільнення;

*- уражається травний тракт, органи дихання, серцево-судинна система, нирки*(дивитися в розділі - класифікація).

***Діагностика:***

- виявлення специфічних для СС антицентромірних, антитопоізомеразних, антифібриллярних, антинуклеарних та інших антитіл; - прискорення ШОЕ; - лейкоцитоз; - поява С-реактивного білка; - підвищення рівня фібриногену; біопсія шкіри; - застосовують капіляроскопію.

***ІІ етап* *медсестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - загальна слабість; - схуднення; - біль та деформація суглобів; - біль в мязах; - м'язева слабість; - затерпання (оніміння) верхніх і нижніх кінцівок; - порушення ковтання (дисфагія); - симптоматика, пов’язана з ураженням внутрішніх органів тощо.

**Потенційні проблеми:** - можливість виникнення склеродермічної ниркової кризи, пневмоній тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- загальна слабість; - схуднення; - біль та деформація суглобів; - біль в мязах; - м'язева слабість; - затерпання (оніміння) верхніх і нижніх кінцівок; - порушення ковтання (дисфагія); - симптоматика, пов’язана з ураженням внутрішніх органів, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення само- та взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу -***

***Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1.Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, ІДК.

1.2. Підготовка пацієнта та взяття сечі на ЗАС, БАС.

2.1. Підготовка пацієнта до R- обстеження суглобів, травного каналу, органів грудної клітки.

2.2. Підготовка пацієнта до шкірно-м'язевої біопсії.

3.1. Створення зручних умов для пацієнта. Режим - залежно від тяжкості ураження.

3.2. Постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t0тіла, АТ, визначення РS, підрахунок ЧДР.

3.3. Допомога в дотриманні особистої гігієни.

3.4. Допомога в дотриманні пацієнтом дієти № 15 (якщо нема протипоказів), при їх наявності - відповідно № 7, № 10. Їжа, збагачена вітамінами.

3.5. При порушенні ковтання - їжа напіврідка, малими порціями.

3.6. При болях в м'язах, онімінні - допомога при пересуванні.

4. Виконання призначень лікаря:

4.1.Консервативне лікування:

4.1.1. Медикаментозне:

- *антифіброзні*: Д-пеніциламін, колхіцин, димексид, лідаза;

- *антикоагулянти*: натрія гепарин, гепарин-бене- Са, кальція надропарин, варфарин, синкумар;

- *дезагреганти*: ацетилсаліцилова кислота, дипіридамол;

- *антагоністи кальцію*: вазапростан, реополіглюкін, пентоксифілін, солкосерил, пірикарбат, кальція добезилат, нікотинова кислота та її препарати;

- *НПЗП*: - ібупрофен, натрія диклофенак, напроксен, німесулід, мелоксикам, целекоксиб;

- *амінохінолінові похідні;*

- *ГКС*: преднізолон, метилпреднізолон;

- *цитостатики*: циклофосфамід, азатіоприи, метотрексат.

4.1.2. Плазмаферез, гемосорбція.

4.1.3. Фізіопроцедури (електрофорез, фонофорез, ронідаза, лазер, локальна акупунктура, аплікації парафіну, озокериту на суглоби і шкіру, бальнеотерапія).

4.1.4. ГБО, ЛФК, масаж.

4.1.5. Санаторно-курортне лікування

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Бесіда з оточенням про надання психологічної підтримки пацієнтові, активізування його внутрішніх сил на одужання.

7. Навчання оточуючих елементам догляду за пацієнтом.

8. Забезпечення повного обслуговування пацієнта при потребі.

9. При хронічному перебігу - наполягання на постійній ЛФК, трудотерапії (ліпка з теплого парафіну, плетіння, випилювання).

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Прогноз**

Системна склеродермія є хронічним захворюванням з повільно прогресуючим перебігом, що призводить до інвалідизації 70-90 % пацієнтів.

Іноді можлива ремісія. Несприятливий прогноз мають пацієнти - чоловіки старших вікових груп. У частини пацієнтів захворювання має швидко прогресуючий перебіг з ураженням багатьох органів і систем і закінчується смертю. Показники загального 5-річного виживання пацієнтів на СС коливаються в межах 48-73 %.

**Профілактика:**

- попередження дії факторів ризику: переохолодження, травматизації, вібрації, надмірної інсоляції тощо;

- своєчасне виявлення осіб з групи ризику та їх оздоровлення;

- підвищення їх імунної системи;

- рання діагностика захворювання;

- своєчасна, адекватна, раціональна комплексна терапія;

- постійне диспансерне спостереження;

- пацієнти повинні бути звільнені від тяжкої фізичної праці, впливу вібрації, переохолодження, температурних коливань, контакту з хімічними агентами.

***АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ***

***Алергі́я (грец. αλλος — інший і εργον — дія) — змінена чутливість організму тварин і людини до чужорідних речовин (здебільшого білкової природи), що вводяться повторно. Речовини, які викликають алергію (т. з. алергени), здебільшого мають білкову природу (тваринні та рослинні білки, білкові речовини мікроорганізмів)***.

Термін «алергія» (грецькою «аllоs» - змінений + «еrgon» - реакція) вперше застосував австрійський педіатр Клеменс фон Перке 1906 році.

***Алергійна реакція*** – полісиндромний прояв цієї спотвореної імунної реакції організму, що супроводиться ушкодженням власних тканин.

Наявність ушкодження ще не означає наявності захворювання. Тому поряд з визначенням алергії необхідно виокремлювати поняття алергійних та аутоалергійних хвороб.

***Алергійні хвороби*** – це група захворювань, в основі розвитку яких лежить ушкодження, спричинене імунною реакцію на екзогенні алергени.

***Аутоалергійні хвороби***– це група захворювань, в основі розвитку яких лежить ушкодження, спричинене імунною реакцією на антигени власних тканин організму.

До останніх відносять, наприклад, ядро клітини, мітохондіральні антитіла, антигени ендотелію капілярів ниркових тощо.

**Етіологія:**

**Алергени**

**Екзоалергени** **Ендоалергени** (аутоалергени)

(потрапляють в організм ззовні) (алергени утворюються в самому   
організмі)

***Алергени неінфекційного Алергени інфекційного***

***походження походження***

(домашній пил, частки епідермісу, (бактерії, віруси, грибки та

лупа, шерсть тварин, пташине продукти їх життєдіяльності)

пір’я, луска риби, пилок токсини мікроорганізмів, вакцини,   
рослин, риба, пшениця, бобові, томати, інші інфекційні збудники)

мед, шоколад, цитрусові, лісові ягоди,   
промислові відходи)

**Лікарським**алергеном може бути практично будь-який лікарський препарат. У зв’язку з великими поширенням антибіотиків саме вони, особливо група пеніциліну, найбільш часто викликають алергічні реакції.

**Побутові** алергени: домашній пил з килимів, одягу, постільної білизни; епідермальні алергени – волосся, лупа, вовна тварин.

Рачок Дафнія який використовують як сухий корм для акваріумних рибок. В останні роки збільшилась кількість алергічних реакцій на пральні порошки. Побутові алергени частіше всього викликаютъ алергічні захворювання дихальних шляхів (бронхіальна астма, алергічний риніт).

Алергічні захворювання виникають при потраплянні в організм пилку деяких рослин **-пилкові алергени**.

**Харчовими**алергенами можутъ бути будь-які відомі продукти. Частіше це молоко, яйця, риба, помідори, цитрусові, шоколад, полуниця, раки, тощо. При потраплянні в організм алергенів через ШКТ виникае харчова алергія. Вона може розвинутись дуже швидко. Звичайно харчова алергія виникає на фоні порушень функції ШКТ.

Розвиток хімічної промисловості призвів до значного збілъшення кількості різноманітних речовин - **промислових алергенів,**з якими доводиться стикатися людям. Це призвело до виникнення різних за характером алергічних реакцій, головним чином шкіри - алергічних дерматитів.

Особливу групу алергенів складають **фізичні фактори**- тепло, холод, УФО, механічна дія. Вважаютъ, що в цих випадках, внаслідок дії фізичних факторів, в організмі утворюються певні речовини, які і стають алергенами.

Тяжкі алергічні реакції можутъ розвинутися після укусів ос, бджіл, павуків, клопів.

**Класифікація алергійних реакцій**

***Реакція негайного типу Реакція сповільненого типу***

(розвивається упродовж 15-20 хв.) (розвивається через 1-2 доби)

У розвитку будь-якої ***алергійної реакції*** виділяють***3 стадії***:

1. **Імунологічна**, яка охоплює всі зміни в імунній системі від моменту потрапляння алергену (антигену) в організм, утворення антитіл і (або) сенсибілізованих лімфоцитів до з`єднання їх з алергеном (антигеном) - таким, що персистує або потрапляє в організм повторно.

***Сенсибілізація*** – це імунологічно опосередковане підвищення чутливості організму до антигенів (алергенів) екзогенного чи ендогенного походження.

2. **Патохімічна**, сутність якої полягає в утворенні біологічно активних медіаторів алергії.

3.**Патофізіологічна**(стадія клінічних проявів), яка проявляється клінічно патогеннимвпливом медіаторів на клітини, органи та тканини організму.

*Виділяють певні типи імунних реакцій, які ушкоджують тканини, та їх типові клінічні моделі*(див таб. №1).

Таб. №1

**Типи імунних реакцій**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Типи реакції гіперчутливості*** | ***Типові клінічні форми*** |
| І. Алергійна реакція негайного типу.  Реагіновий тип ушкодження тканин | Анафілактичний шок (на введення пеніциліну, сироватки), кропив`янка, сінна гарячка, бронхіальна астма, атопічний дерматит |
| ІІ. Цитотоксичні чи цитолітичні реакції.  Цитотоксичний тип ушкодження тканин  Тип Артюса | Посттрансфузійні реакції, резус-не-сумісність, аутоімунна гемолітична анемія, реакція на медикаменти |
| ІІІ. Підвищена чутливість напівсповіль-неного типу. Ушкодження імунними комплексами | Сироваткова хвороба, системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, екзогенний алергійний альвеоліт, ідіопатичний фіброзивний альвеоліт, місцеві некрози, деструкції |
| ІV. Алергійна реакція сповільненого типу. | Деякі варіанти інфекційно-алергійної  бронхіальної астми, риніту, лепра, туберкульоз, сифіліс, захворювання нервової системи, контактний дерматит |

***Кропив’янка***

***Кропив’янка*** – алергічне захворювання або черз гіперчутливість, яке характеризується швидким розповсюдженням висипання на шкірі (папул, пустул) із сильними свербежем, що являють собою набряк обмеженої ділянки шкіри.

**Етіологія:**

**Дія алергену:**- харчовий (цитрусові, яйця, полуниця, суниця, морква, шоколад, соки, ананаси тощо); - медикаментозний (сироватки, АБ, анальгетики тощо); - інсектний (від укусу комах); - трансфузійний; - фізичний (дерматографізм, холодовий, тепловий, вібраційний, холінергічний, сонячний, від механічного стиснення, аквагенний); - побутовий (хімічний); - ідіопатичний; - психогенний; - вторинний (на тлі інфекційних хвороб, пухлин, ендокринних порушень, системних захворювань сполучної).

**Класифікація:**

**За типом алергічної реакції: -**алергічний; - неалергічний.

**За клінічним перебігом (тривалістю):**- гостра кропив`янка (менше 6 тижнів);

- хронічна рецидивна кропив`янка (триває понад 6 тижнів, має рецидивний перебіг);

- хронічна персистивна кропив`янка (постійно мають місце висипання).

**За фазою: -**загострення; - ремісія.

**За характерам висипки: -**пігментна кропив'янка; - плямиста зі слабо вираженим набряком; - кільцеподібна; - фігурна - через злиття елементів утворюються дивовижні фігури; - папульозна; - бульозна (з утворенням пухирів).

**За ступенем тяжкості: -**легкий; - середньої тяжкості; - тяжкий.

**За поширеністю: -**локальна;**-**генаралізована.

**Ускладнення: -**ларингоспазм; - приєднання бактеріальної та вірусної інфекцій.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими

методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

- висипка, яка нагадує ужалення кропивою або укуси комах, з наступним утворенням пухиря; - сильний свербіж; - загальна слабкість; - підвищення t0 тіла;

- головний біль; - нудота; - блювання.

***В). Анамнестичні дані:***

- гостра кропив'янка частіше є у дитячому віці, хронічна - у жінок середнього віку;

- початок раптовий, несподіваний; - хронічна форма триває 20-30 років, має хвилеподібний перебіг, причиною її частіше є бактеріальні токсини з осередку (вогнища) інфекції; сприяють: обтяжена спадковість, часті трансфузії крові і препаратів крові, захворювання травного каналу, печінки, перенесені інфекції.

***С). Об’єктивно:***

- *гострий період:*характеризується висипом - пухирь (гострий набряк сосочкового шару дерми) - швидко з’являються, швидко зникають, не залишаючи слідів, зберігаються від декількох годин до доби; - пухирі мають схильність до зливання з утворенням елементів різної форми з нерівними чіткими краями; - інтенсивний свербіж різних ділянок тіла; - загальна слабість; - гарячка.

- *хронічна форма*: якщо загальна тривалість хвороби перевищує 5-6 тиж.

***ІІ етап* *медсестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - висипка, яка нагадує ужалення кропивою або укуси комах, з наступним утворенням пухиря; - сильний свербіж; - загальна слабкість; - підвищення t0 тіла; - головний біль; -нудота; - блювання.

**Потенційні проблеми:** - можливість розвитку хронічної форми тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- висипка, яка нагадує ужалення кропивою або укуси комах, з наступним утворенням пухиря; - сильний свербіж; - загальна слабкість; - підвищення t0 тіла; - головний біль; нудота, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення само- та взаємодогля ду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1.Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, ІДК, визначення групи крові та резус-фактору, RW, антитіл до ВІЛ.

1.2. Підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС.

1.3. Підготовка пацієнта та взяття калу для бактеріологічного дослідження, копро-овоцистоскопії.

1.4. Підготовка пацієнта та взяття мазків зі слизової оболонки ротоглотки для бактеріологічного дослідження.

1.5. Підготовка пацієнта та взяття дуоденального вмісту для бактеріологічного дослідження.

2.1. Підготовка пацієнта та проведення шкірних тестів з атопічними алергенами (приктести, скарифікаційний) і внутрішньошкірних тестів з інфекційними алергенами.

2.2. Підготовка пацієнта та проведення тестів для різних варіантів кропив’янки:

- демографічне подразнення шкіри шпателем;

- кропив’янка від тиску;

- хода протягом 20 хвилин з вантажем на плечі 6-7 кг;

- сонячна, світлове, ультрафіолетове опромінення;

- холінергічний ацетилхоліновий шкірний тест;

- приймання гарячої ванни (420С);

- холодова - накладання шматочка льоду на шкіру передпліччя;

- виконання фізичних вправ на холоді;

- аквагенна - прикладання водного компресу на 30 хв;

- вібраційна - прикладання лабораторного вібратора на 4 хвилини;

- аутоімунна - введення аутосироватки;

- справжня - алергічні тести in vitro та in vivo з екзоалергенами.

3.1. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження: ЕКГ, ЕГДФС за показанням для верифікації алергена: дуоденальне зондування з наступним посівом порцій В і С, R-графія органів грудної клітки і приносових пазух, УЗД органів черевної порожнини, малого тазу, заочеревинного простору, щитоподібної залози, колоноскопії, ректороманоскопії.

3.2. Забезпечення консультацій: алерголога, при потребі гінеколога, дерматолога, гастроентеролога, ревматолога, отоларинголога, інфекціоніста, ендокринолога, клінічного імунолога та інших фахівців.

3.3. Створення пацієнтові зручних умов. Режим палатний.

3.4. Елімінаційні заходи: усунення контакту з домашнім пилом, пилковими алергенами, медикаментами та іншими причинами алергії.

4.1 Дієта з виключенням харчових алергенів. Періодичне голодування під контролем лікаря (голодування на 3-5 діб з прийманням води до 1,5 л на добу).

4.2. Повторні очисні клізми або активоване вугілля всередину.

4.4. Вологі охолоджувальні пов’язки (з чаєм, ромашкою, подорожником, слабим розчином оцту.

4.5. При свербіжу – гарячий душ, обтирання шкіри напівспиртовим розчином, столовим оцтом, розбавленим удвічі водою, свіжим лимонним соком, ванни з кропивою чи чередою.

4.6. Теплі ванни з кропивою, відваром кори дуба, ромашкою, чередою тощо.

5. ***Виконання призначень лікаря***:

5.1. *Антигістамінні препарати* *1-го покоління* парентерально: тавегіл або супрастин 5-7 днів на фізрозчині.

5.2. Якщо це неефективно - *ГКС*: дексаметазон, преднізолон 2-3 дні.

5.3. За показаннями *дезінтоксикація*: неогемодез 3-4 введення.

5.4. *Антигістамінні препарати 2-го покоління*: кларетин, ефолін, зиртек.

5.5. *Антигістамінні препарати 3-го покоління*: телфаст, еріус.

5.6. *Мембраностабілізаційні препарати*: задитен 3 місяці.

5.7. Фізіотерапія:

- при загостренні: інгаляції з ГКС; ультразвук на приносові пазухи, паравертебрально; фонофорез з ГКС; ендоназальний електрофорез з дімедролом;

- у фазі ремісії: електрофорез гістаміну, кальцію на комірцеві зону; інгаляції лужних мінеральних вод; лікувальні ванни; лазерне лікування; ароматичні та медикаментозні купелі.

6. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

7. Навчання пацієнта та його оточуючих:

- виявлення та усунення алергенів;

- раціональному харчуванню;

- необхідності постійного диспансерного спостереження алерголога.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Профілактика:**

- вилучення з харчування продуктів - «винуватців» алергії, а при медикаментозній кропив`янці - препарати, що спричинюють алергійну реакцію;

- суворе призначення медикаментів за життєвими показаннями;

- уникати захаращення житлових приміщень;

- замінити вовняний одяг - на бавовняний;

- двічі на тиждень проводити вологе прибирання;

- в квартирі не утримувати домашніх тварин, птахів і розводити квіти.

***Набряк Квінке***

(***ангіоневротичний набряк, гігантська кропив’янка***)

***Набряк Квінке***- одна із форм кропив’янки з поширенням процесу на глибокі відділи шкіри та підшкірної клітковини.

Однак у 15-20% випадків набряк Квінке спостерігається без кропив`янки.

**Етіологія:**

***Безпосередні причини: -***дія алергену (харчових, пилкових, лікарських, укуси комах, бактерії, пральні порошки, косметичні засоби); - обтяжена спадковість; - ідіопатичний (невідомого походження).

***Спирятливі чинники:***- клімакс; - вагітність; - переохолодження; - гельмінтози; - менструальний цикл; - порушення функції щитоподібної залози тощо.

**Класифікація:**

***За типом реакції:*** - алергічний; -неалергічний.

***За поширеністю:*** - локалізований; - генералізований.

***За тяжкістю:*** легка; - середньої тяжкості; - тяжка.

***Ускладнення:*** набряк гортані.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими

методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

*Ураження шкіри та слизових оболонок:* - поява локального набряку шкіри та слизової оболонки ротової порожнини; - висипка; **-**порушення дихання.

*Ураження ССС*: - серцебиття.

*Ураження ТС*: - нудота; - блювання їжею або жовчю; - локальний гострий біль, який переходить в розлитий по всьому животу; - здуття живота; - пронос.

*Ураження НС:* - різкі головні болі; - блювання; -іноді судоми; - запаморочення.

*Ураження сечовидільної системи*: - болі при сечовипусканні; - затримка сечі; - набряк статевих органів.

***В). Анамнестичні дані:***

- хворіють особи обох статей з однаковою частотою в будь-якому віці; - початок раптовий; -дія алергену провокуючого чинника.

***С). Об’єктивно:***

*- ураження шкіри та слизових оболонок:* - набряк має вигляд великого, блідого щільного несверблячого інфільтрату, при натисканні на який не залишається ямки;

- *локалізація*: на губах, язику, м’якому піднебінні, мигдаликах, гортані, повіках;

- *при локалізації набряку в гортані* (може наступити смерть від асфіксії) - охриплість голосу; - надсадний кашель, «гавкаючий кашель»; - інспіраторна задишка, а далі інспіраторно-експіраторна; - дихання шумне; - обличчя ціанотичне, відтак бліде;

- *на шкірі уртикарна висипка* (у 45% пацієнтів);

*- ураження ССС*: - приступ пароксизмальної тахікардії, екстрасистолія4

- *ураження слизових оболонок* *ТС:* - болючість при пальпації; - метеоризм; - посилена перистальтика кишок; - позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга; - профузний пронос;

- *ураження НС:* - ригідність потиличних м’язів;

- *ураження сечовидільної системи*: - ознаки циститу; - набряк зовнішніх статевих органів.

***ІІ етап* *медсестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - порушення дихання; - серцебиття; - нудота; - блювання; - болі в животі; - головні болі; - запаморочення; - болі при сечовипусканні; - затримка сечі тощо.

**Потенційні проблеми:** - можливість розвитку асфіксії тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- порушення дихання; - серцебиття; - нудота; - блювання; - болі в животі; - головні болі; - запаморочення; - болі при сечовипусканні; - затримка сечі, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточення само- та взаємодогляду.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1 Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, ІДК, RW, ВІЛ антитіла, визначення групи крові та резус-фактору.

1.2. Підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС.

1.3. Підготовка пацієнта та взяття калу для ЗА.

1.4. Підготовка пацієнта та проведення шкірних тестів з атопічними та грибковими алергенами (прик-тести, скарифікаційний).

1.5. Підготовка пацієнта та проведення тестів: холодового, теплового, з джгутом.

2.1. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження: ЕКГ, R-графії органів грудної клітки, ЕГДФС, ФБС, ФКС.

3.1. Створення зручних умов пацієнтові. Режим палатний, у тяжких випадках госпіталізація в реанімаційне відділення. Усунення контакту з алергенами.

3.2. Забезпечення пацієнтові умов та допомога йому у здійсненні гігієнічних заходів.

3.3. Дієта стіл № 15 з виключенням можливих харчових алергенів: білків, яєць, молока, пшениці, риби, горіхів, томатів, шоколаду, бананів, цитрусових. Перехід на гіпоалергенну або елімінаційну дієту.

3.4. Контроль за загальним станом та самопочуттям пацієнта: вимірювання t°тіла, АТ, підрахунок РS, ЧДР.

3.5. Місцево: накладання холодного компресу на ділянку набряку для зменшення свербіжу.

3.6. Забезпечення фізичного спокою, припіднятого положення в ліжку. Допомога при пересуванні.

3.7. Догляд за пацієнтом при блюванні.

3.8. При болях внизу живота - тепла грілка.

3.9. Стимуляція сечовипускання.

4. **Виконання призначень лікаря:**

4.1. *Антигістамінні препарати 1-го покоління* дорослим і дітям старше *6* років: дімедрол, супрастин, тавегіл.

4.2. Далі перехід на інші *антигістамінні*, у тому числі і *2-го покоління:*

- ералін (7 днів), лоратадин, терфенадин, зиртек, еріус.

4.3. *Альтернативні препарати*: доксепін, циметидин, ранітидин. У тяжких випадках, резистентних до лікування, *ГКС* в/в: преднізолон, дексаметазон.

4.4. *При розвитку набряку гортані*:

- оксигенація;

- інтубація (у тяжких випадках);

- адреналін 0,3 мл 0,1% розчину п/ш і місцево у вигляді аерозолю;

- *ГКС*: преднізолон;

- нормалізація кислотно-основного стану;

- підтримка гемодинаміки;

- симптоматичне лікування (сечогінні, бронхолітики).

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Надання пацієнтові та його оточуючим рекомендацій: - змінити спосіб життя: протипоказані заняття, у тому числі трудова діяльність, пов'язані з небезпекою травматизації, фізичними навантаженнями, механічним тиском;

- консультація та спостереження у алерголога, виявлення алергену;

- спосіб життя з уникненням дії алергену або алергенів.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

***Анафілактичний шок***

***Анафілактичний шок* (анафілаксія)** **-**вид алергічної реакції негайного типу, який виникає при повторному введенні в організм будь-якого алергену лікарських засобів, вакцин або сироваток, рентгеноконтрастних речовин, харчових продуктів, укусів комах). У сенсибілізованих хворих доза і спосіб введення не мають значення.

Частота анафілактичного шоку збільшується з року в рік, особливо на антибіотики.

**Етіологія:**

***Причинні чинники:***

- медикаментозний; - інсектний (оси, бджоли); - харчовий; - хімічний; - алергічні хвороби; - в результаті проведення внутрішньошкірних і провокаційних проб; - під час діагностики алергії; - під час проведення специфічної алерговакцинації.

**Класифікація:**

***За типом алергічної реакції:***

- алергічний; - неалергічний.

***За провідним клінічним синдромом:***

- гемодинамічний; - асфіксійний; - церебральний; - абдомінальний; - кардіогенний.

***За ступенем тяжкості:***

І; II; III; IV.

***За перебігом:***

- гострий злоякісний; - доброякісний; - затяжний; - рецидивуючий; - абортивний.

***За ускладненнями:***

- алергічний міокардит; - гострий гломерулонефрит; - гостра ниркова недостатність; токсико-алергічний гепатит; - аутоімунні хвороби (системний червоний вовчак, вузликовий поліартрит); - гемолітична анемія; - агранулоцитоз; -тромбоцитопенія;

- ураження ЦНС та ПНС (менінгоенцефаліт, арахноїдит, поліневрит); - смерть, яка наступає внаслідок гострої ССН (судинного колапсу, порушення мікроциркуляції, стеноз і тромбоз); асфіксії та ангіоневротичного набряку гортані; тяжкого бронхоспазму, обтурації бронхів, тромбозу судин і крововиливі у життєво важливі органи.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги:**

- відчуття холодок;**-**поколювання шкіри, яке переходить у свербіж, особливо долонь і підошв, слизових оболонок носа, ротової порожнини, очей, вух, статевих органів;

**-**чихання і водянисті виділення з носа; -утруднене дихання; **-** відчуття стиснення в грудях; - кашель; - далі з’являється висипка на шкірі, її набряк та почервоніння;

- відчуття жару; - набряк язика; - затруднення ковтання; - різка загальна слабкість;

- біль голови; - запаморочення; - погіршення зору; - шум в голові і вухах; - оніміння пальців і язика, губ; - судоми; - кров’янисті виділення з піхви; - біль внизу живота, в м’язах, суглобах, попереку; - нудота блювання, пронос; - мимовільне сечовипускання і дефекація; - відчуття страху.

***В). Анамнестичні дані:***

- вік будь-який, стать значення не має; - початок шоку від кількох секунд до 2 год.;

- одразу можуть бути ознаки шоку, або передують провісники: свербіж і висипка на шкірі, відчуття жару і печії, закладеність носа, спастичний кашель, лоскотання в горлі тощо; - обов’язково перенесені атопічні хвороби; - обтяжена алергічними хворобами спадковість.

***С). Об’єктивно:***

- шкіра бліда або гіперемована, набрякла, волога від поту, з висипкою; - ціаноз губ або акроціаноз; - зіниці розширені, не реагують на світло; - t0тіла знижена; - збудження змінюється апатією і втратою свідомості; - набряк і гіперемія слизової оболонки ротової порожнини, губ, язика, мигдаликів; - піна біля рота; - утруднене дихання; судоми;

*ССС*: РS-ниткоподібний, аритмічний, тахікардія або брадикардія; - АТ різко знижений; в тяжких випадках РS і АТ не визначаються;

*дихальна система:* - задишка; - дихання шумне аритмічне; - при набряку гортані -дихання свистяче стридорозне;

*травна система:* - ознаки «гострого живота»; - метеоризм; - кишкові кровотечі;

- мимовільні дефекація, пронос; - жовтяниця;

**-***нервова система:* - психомоторне збудження або апатія;**-**втрата свідомості;

- клонічні та тонічні судоми; - епілептичний статус з наступною зупинкою дихання і серця;**-**ригідність потиличних м’язів;

*- сечовидільна система:* - зниження діурезу; - ніктурія.

***ІІ етап* *медсестринського процесу -***

***Медсестринська діагностика***

**Наявні проблеми:** - відчуття холоду;**-**поколювання шкіри, яке переходить у свербіж, особливо долонь і підошв, слизових оболонок носа, ротової порожнини, очей,вух, статевих органів;**-**чихання і водянисті виділення з носа; -утруднене дихання; **-** відчуття стиснення в грудях; - кашель; - далі з’являється висипка на шкірі, її набряк та почервоніння; - відчуття жару; - набряк язика; - забруднення ковтання; - різка загальна слабкість; -біль голови; - запаморочення; - погіршення зору; - шум в голові і вухах; - оніміння пальців і язика, губ; - судоми; - кров’янисті виділення з піхви; - біль внизу живота,в м’язах, суглобах, попереку; - нудота блювання, пронос; - мимовільне сечовипускання і дефекація; - відчуття страху.

**Потенційні проблеми:** - можливість розвитку колапсу, тяжкого бронхоспазму, обтурації бронхів, асфіксії тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- відчуття холодок;**-**поколювання шкіри, яке переходить у свербіж, особливо долонь і підошв, слизових оболонок носа, ротової порожнини, очей,вух, статевих органів;**-**чихання і водянисті виділення з носа; -утруднене дихання; **-** відчуття стиснення в грудях; - кашель; - далі з’являється висипка на шкірі, її набряк та почервоніння; - відчуття жару; - набряк язика; - забруднення ковтання; - різка загальна слабкість; -біль голови; - запаморочення; - погіршення зору; - шум в голові і вухах; - оніміння пальців і язика, губ; - судоми; - кров’янисті виділення з піхви; - біль внизу живота,в м’язах, суглобах, попереку; - нудота блювання, пронос; - мимовільне сечовипускання і дефекація; - відчуття страху, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап медсестринського процесу -***

***Планування медсестринських втручань***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та його оточуючих правилам поведінки і способу життя.

***ІV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань***

1.1. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, ІДК.

1.2. Підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС.

2.1. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження: ЕКГ, R-графії органів грудної клітки.

2.2. Підготовка пацієнта до інших методів обстеження, показаних при ураженні тих чи інших органів і систем.

3.1. Пацієнт поміщається в палату інтенсивної терапії. Йому надається горизонтальне положення, зафіксовується язик.

3.2. Припинення введення можливого медикаменту-алергену.

3.3. Накладення джгута вище місця введення ліків, щоб сповільнити їх всмоктування.

3.4. Контроль пульсу, АТ.

4. **Виконання призначень лікаря**:

4.1. Обколювання місця укусу або ін'єкції 0,1% розчином адреналіну (0,3-0,5 мл) з 4-5 мл ізотонічного розчину повторно через 20-30 хвилин..

4.2. На місце укусу або ін'єкції покласти шматочок льоду.

4.3. В разі реакції, яка загрожує життю: в/в адреналін або норадреналін 0,5 мл (ендотрахеально, внутрішньокістково) 0,1% розчину в 5 мл 40% розчину глюкози або мезатон.

4.4. Проведення венепункції або венесекції з наступним введенням препаратів:

- дафамін, глюкагон; при відсутності ефекту ізопротеренол під контролем діяльності серця;

- ГКС: гідрокортизон, преднізолон (струминно) дексаметазон;

- при АТ вище 90 мм рт.ст. - антигістамінні: тавегіл, дімедрол кожні 6 год. протягом 72 год.;

- плазмозамінні препарати в/в краплинно або струминно.

4.5. При бронхообструктивному синдромі - еуфілін 10 мл 2 % розчин в/в на фізрозчині; циметадин.

4.6. Оксигенація.

4.7. Якщо шок розвинувся на пеніцилін -1 млн ОД пеніцилінази в/м.

4.8. Корекція кислотно-лужного стану.

4.9. Лікування гострої дихальної недостатності: переведення на ШВЛ і переведення пацієнта в реанімацію.

4.10. При набряку гортані - адреналін інгаляційно.

4.11. При судомах - протисудомні засоби.

4.12. Симптоматичне лікування.

4.13. При набряковому синдромі - лазикс в/в.

4.14. При тахікардії - корглікон в/в.

5. Вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та його оточуючих правилам поведінки при появі алергічних проявів, раціональному харчуванню та способу життя.

***V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція***

- повне видужання або відновлення;

- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

**Профілактика:**

- уникнення вживання ліків, які викликають реакцію, а також таких, що мають перехресні антигенні детермінанти, наприклад, пеніцилін з цефалоспоринами і карбапенемами, новокаїном і сульфаніламідами;

- не призначення небезпечних щодо анафілаксії препаратів (АБ, сульфаніламідів тощо);

- пацієнт має бути біля маніпуляційного кабінету протягом 30 хв. після введення препарату;

- заборона самолікування, пропаганда необхідних знань серед населення;

- пацієнти, які реагують на укуси комах, не повинні відвідувати місця з високою імовірністю контакту з ними, ходити босоніж, без головного убору, носити яскравий одяг;

- уникнення засобів з різким запахом (лаки, фарби, парфуми);

- пацієнт має мати при собі документ, який засвідчує діагноз, шприц з адреналіном, антишоковий набір з письмовою інструкцією щодо лікування анафілактичного шоку;

- в разі гіперчутливості пацієнта до латексу, при потребі застосовувати гумові рукавички, системи для в/в вливань та інший інструментарій без цієї речовини.

***ЗАХВОРЮВАННЯ СИСТЕМИ КРОВІ***

**Основні симптоми захворювань системи крові:**

* загальна слабкість; - швидка втомлюваність; - запаморочення; - зниження працездатності; - м`язова слабкість; - кровоточивість ясен; - носові кровотечі;

- блідість шкіри; - зміни на поверхні язика (лаковий, географічний); крововиливи в шкіру (петехії, синячки, гематоми); - системне збільшення лімфатичних вузлів (переферичних, черевної та грудної порожнин), печінки, селезінки; - підвищення темпетатури тіла (від субфебрильної до гектичної); - профузне потіння; - прогресуюча втрата маси тіла.

**Основні синдроми захворювання системи крові:**

* анемічний (блідість шкіри та видимих слизових оболонок, запаморочення, швидка стомлюваність, зменшення вмісту гемоглобіну та кількості еритроцитів у периферичній крові);
* геморагічний (петехіально-синячкові висипи на шкірі, кровоточивість ясен, носові, маткові, ниркові кровотечі);
* лімфопроліферативний (системне збільшення лімфатичних вузлів - периферичних, грудної та черевної порожнин, гепато- та спленомегалія);
* осалгічний (біль у кістках);
* остеопоротичний (переломи трубчастих кісток, ребер, попереково-крижового відділу хребта);
* синдром вторинного імунодефіциту за Т- та В-клітинним типом (інфекційні ускладнення, вірусні та мікотичні ураження, активація умовно патогенної мікрофлори).

***Анемія***

***Анемії***- група захворювань, які характеризуються зменшенням концентрації гемоглобіну в одиниці об'єму крові, у більшості випадків в поєднанні зі зменшенням і кількості еритроцитів, у зв'язку з чим розвивається кисневе голодування тканин.

**Класифікації:**

***І.*За походженням*:***

- ***постгеморагічні:***- гостра; - хронічна.

- ***внаслідок порушення кровотворення:***- залізодефіцитна; **-**В12-дефіцитна; - фолієводефіцитна; - гіпо - і апластична; - порушення синтезу гемоглобіну; - полідефіцитна (дефіцит білка, мікроелементів, вітамінів).

- ***внаслідок підвищеного кроворуйнування (гемолітичні):*** - спадкова; - набута.

***ІІ.*За кольоровим показником*:***

-нормохромна(КП 0,85-0,99); -гіперхромна(КП1,0-1,2);- гіпохромна(КП< 0,8)

***ІІІ.*За величиною еритроцитів*:***

- нормоцитарна (d Ер -7-8 мкм); - мікроцитарна (d Ер > 7 мкм); - макроцитарна

(d Ер > 8-9 мкм); - мегалоцитарна(d Ер > 12 мкм)

***ІY.*За регенераторною здатністю*:***

- норморегенераторна; - гіперрегенераторна; - гіпорегенераторна; - арегенераторна.

**Постгеморагічна анемія**

***Постгеморагічна анемія***- розвивається внаслідок швидкої значної крововтрати або тривалих, постійних незначних крововтрат.

**Етіологія:**

* деструктивні ураження органів і тканин ерозіями, виразками;
* руйнування судинної стінки внаслідок травм, поранення, хірургічних втручань, пухлиною;

-варикозне розширення вен стравоходу, шлунка, гемостазопатії;

- носова, легенева, шлункова, кишкова, маткова кровотечі;

- глистяні інвазії.

***Класифікації:***

1. Гостра постгеморагічна анемія.

2. Хронічна постгеморагічна анемія.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

***при гострій постгеморагічній анемії:***

* різка загальна слабість; - озноб; - порушення зору; - втрата свідомості; - запаморочення;
* шум у вухах; - задишка; - серцебиття; - спрага; - тяжкість в ділянці серця.

***при хронічній постгеморагічній анемії:***

* загальна слабість; - зниження працездатності; - сонливість; - зниження м’язової сили;
* симптоми, пов'язані з ураженням конкретних причинних органів; - задишка.

**Б. Анамнестичні дані:**

- дія етіологічного фактору; - початок гострий або поступовий.

***С. Об’єктивні методи обстеження:***

***при гострій крововтраті****:*

* температуратіла - 36°С; - РS > 90 уд. за хв., слабкого наповнення, аритмічний;
* гіпотензія – колапс; світло-голубий відтінок склер; зіниці розширені.

***при хронічній крововтраті:***

* одутлуватість обличчя; - пастозність гомілок; - блідість шкірних покривів та слизових оболонок; - тургор шкіри знижений; - наявність кровотечі; - симптоми, в залежності від ураження тих чи інших органів (гематурія, кровохаркання, шлункова, кишкова кровотечі) та інші.  
  ***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:** - задишка; - загальна слабість; - запаморочення; - спрага; - кровотеча тощо.

**Потенційні проблеми:** - можливість розвитку колапсу тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- задишка; - загальна слабість; - запаморочення; -спрага; - кровотеча, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем

4. Виконання лікарських призначень

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємо-допомоги

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

* підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, визначення рівня заліза сироватки, залізо-зв’язувальної здатності сироватки;
* підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС;
* підготовка пацієнта та взяття калу на приховану кров;
* підготовка пацієнта до інструментальних досліджень: різних видів ендоскопії, ЕКГ;
* створення для пацієнта комфортних умов : фізичного та психічного спокою;
* постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок пульсу, ЧДР, визначення добового діурезу;
* контроль за дотриманням режиму (ліжковий);
* контроль за діурезом та водним балансом;
* заходи для зупинки гострої кровотечі: туга пов'язка, накладання джгута, холод на ділянку кровотечі;
* контроль та допомога в дотриманні пацієнтом дієти (продукти, збагачені залізом).

Дієтотерапія включає продукти: печінку, м'ясо (телятину), біб, петрушку, горох, шпинат, курагу, чорнослив, родзинки, рис, хліб, яблука, мед. Обмеження чаю.

* забезпечення особистої гігієни пацієнта;
* при головокружінні - допомога пацієнтові в самообслуговуванні, пересуванні;
* змочування губ і язика водою.

1. **виконання лікарських призначень:**

* лікування основного захворювання;
* *при гострій крововтраті*: зупинка кровотечі, свіжозаморожена або суха плазма, епсілон-амінокапронова кислота, сольові розчини (ізотонічний розчин натрія хлориду, поліглюкін, глюкоза);
* *препарати заліза* (ферацерон, ферковен, ектофер, ферокаль, ферум-лек), *білкові препарати*, аскорбінова кислота, *препарати печінки* (камполон, сірепар), вікасол, аскорутин, гемостимулін;
* вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
* навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду;
* навчання оточення наданню психологічної підтримки пацієнтові, активізації внутрішніх сил на одужання.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Перебіг:**

* хронічний, а якщо дефіцит заліза в організмі зростає – прогресуючий.

**Профілактика:**

- своєчасне та якісне лікування первинних захворювань; - уникнення крововтрати гострої та хронічної; - повноцінне харчування з достатнім вмістом заліза, інших мікроелементів, вітамінів.

**Залізодефіцитна анемія**

***Залізодефіцитна анемія* -**захворювання, суть якого полягає у недостатності заліза всироватці крові**,**кістковому мозку і депо, внаслідок чого порушується утворення гемоглобіну, а надалі й еритроцитів.

***Етіологія:***

- аліментарна недостатність заліза;

- порушення всмоктування заліза (ентерит, резекція шлунка);

- хронічні крововтрати (легеневі, маткові, шлункові, кишкові, геморой, пухлини, інвазії);

- тривалі надмірні менструальні кровотечі;

- період посиленого росту у підлітків, частіше у дівчат;

- понижена кислотність шлункового соку;

- підвищена потрібність організму в залізі (вагітність, лактація, клімакс);

- вроджений дефіцит заліза, період новонародженості;

***Класифікації:***

1. Анемії внаслідок екзогенної (аліментарної) недостатності заліза.

2. *Анеміі внаслідок ендогенної недостатності заліза*:

- ювенільний хлороз;

- залізодефіцнтиа анемія вагітних.

3. *Анемії внаслідок недостатності резорбції (всмоктування) заліза*:

- ахлоргідратна залізодефіцитна анемія (прн гіпо - та анацидному стані);

- анентеральна залізодефіцитна анемія

- агастральна залізодефіцитна анемія (після резекції шлунку)

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- загальна слабість; - швидка втомлюваність; - задишка; - утруднення ковтання;

- спотворення смаку (бажання їсти глину, крейду, клей); - м'язева слабість; - запаморочення, головокружіння; - сонливість; - випадіння волосся; - ламкість нігтів

**Б. Анамнестичні дані:**

- поступовий розвиток; - хронічні захворювання травного каналу; - неповноцінне харчування; - порушення менструального циклу; - вагітність та період лактації; - хронічні крововтрати; - глистяні інвазії.

***С. Об’єктивні методи обстеження:***

- блідість шкірних та слизових оболонок; - сухість шкіри ; - ламкість та ложкоподібна ввігнутість нігтів; - випадіння волосся; - тахікардія; - АТ понижений; - ЧДР 28-30 за 1 хв.;

- язик червоний з атрофією сосочків; - ознаки стоматиту, тріщини в куточках рота.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:** - задишка утруднення ковтання; - спотворення смаку; - серцебиття;

- загальна та м'язева слабість; - головокружіння тощо.

**Потенційні проблеми:** - стенокардія, серцева недостатність, передчасне старіння, страх проведення гастроскопії тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- задишка утруднення ковтання; - спотворення смаку; - серцебиття; - загальна та м'язева слабість; - головокружіння, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем

4. Виконання лікарських призначень

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, визначення рівня заліза в сироватці крові;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, десфералової проби;

- підготовка пацієнта та взяття калу на приховану кров;

- підготовка пацієнта до інструментальних досліджень: різних видів ендоскопії, ЕКГ, пункції кісткового мозку (стернальної);

- створення для пацієнта комфортних умов : фізичного та психічного спокою;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок пульсу, ЧДР;

- контроль за дотриманням режиму (залежить від стану пацієнта);

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом дієти №15 (продукти, збагачені залізом, білками): печінка, нирки, легені, м'ясо (телятина), риба, боби, соя, гречка, петрушка, горох, шпинат, курага, чорнослив, родзинки, рис, хліб, какао, шоколад, яблука, мед, вітаміни, фрукти. Обмеження чаю.

- забезпечення особистої гігієни пацієнта;

- при задишці - обмеження фізичних навантажень, перебування на свіжому повітрі (доступ свіжого повітря);

- при загальній слабості - перебування на повітрі, дотримання дієти з підвищеним вмістом заліза, допомога при пересуванні;

- при утрудненні ковтання - теплі полоскання (відвар шавлії, ромашки). їжа напіврідка;

- при м'язевій слабості, головокружінні - ліжковий режим, допомога у виконанні гігієнічних заходів, фізіологічних відправлень;

1. **виконання лікарських призначень:**

- *препарати заліза*: актиферин, феро-градумет, хеферол, конферон, сорбіфер-дурулес (6-12міс). Препарати заліза приймаються перорально. Парентеральне введення препаратів заліза проводять у разі ураження травної системи з порушенням всмоктування, тотальної резекції тонкої кишки, гастректомїї, несприйманні пероральних препаратів заліза (нудота, блювання, біль в животі), неспецифічного виразкового коліту

* *вітаміни*: аскорбінова кислота, аскорутин;

- якщо є гостра постгеморагічна анемія - переливання еритроцитів і кровозамінників;

- усунення дії етіологічних факторів;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду;

- навчання пацієнта та оточуючих організації раціонального харчування;

- навчання оточення наданню психологічної підтримки пацієнтові, активізації внутрішніх сил на одужання.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень

**Профілактика:**

**-**здоровий спосіб життя; -повноцінне харчування з достатня вмістом заліза;

-попередження та вчасне і адекватне лікування захворювань шлунково-кишкового тракту та інших захворювань, що призводять до хронічної крововтрати; - підвищена увага до вмісту заліза в крові у жінок у відповідні періоди життя.

**Мегалобластна (В12-дефіцитна) анемія**

***Мегалобластна (В)2-дефіцитна) анемія* (**син.: перніціозна анемія, анемія Аддісона-Бірмера) - анемія, зумовлена порушенням процесів синтезу ДНК та РНК, що виникає у зв'язку з дефіцитом вітаміну В12- облігатного фактору кровотворення (особливо еритропоезу).

**Етіологія:**

- порушення всмоктування в кишечнику;

- спадковість;

- атрофія слизової шлунка з ахлоргідрією та порушенням секреції внутрішнього фактора Кастла;

- вагітність;

- тривале вживання медикаментів;

- відсутність в шлунку гастромукопротеїну;

- відсутність у їжі продуктів тваринного походження (м`яса, молока, яєць);

- оперативне лікування;

- радіаційне опромінення;

**Класифікації:**

***І. Екзогенні В-12-дефіиитні анемії****:* - нутритивна (аліментарна); - радіаційна; - медикаментозна

***ІІ. Ендогенні В-12-дефіцитні******анемії:***

- перніціозна анемія Аддісона - Бірмера;

- симптоматична анемія перніціозного типу (рак, сифіліс, лімфогранулематоз, поліпоз шлунка, азотемія, цироз печінки);

- агастральна анемія (резекція шлунка, гастректомія);

- глистяна перніціозна анемія (діфілоботріоз);

- анентеральна В12 (фолієво) - дефіцитна анемія (резекція тонкої кишки, дивертикульоз);

- злоякісне В12 (фолієво) - дефіцитне недокрів'я вагітних;

- спадкові форми.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

* **анемічний синдром:** загальна слабість, задишка при фізичному навантаженні, блідість шкіри з характерним цитриновим відтінком, іктеричність склер, збільшення розмірів селезінки.
* **ураження органів травного тракту:** зниження апетиту, відраза до м'яса, гентеровський язик (у першій фазі яскраво-червоний, болючий, пізніше – гладкий, глянцевий), атрофія слизової шлунка, розлади стільця.
* **неврологічний синдром:** фунікулерний мієлоз бокових або задніх стовпів спинного мозку (наслідок демієлінізації) – порушення чутливості, парестезії, затруднення при ходьбі, спастичний спіральний параліч (бокові стовпи), псевдотабез (задні стовпи), може бути втрата пам'яті, депресія.

**Б. Анамнестичні дані:**

- поступовий розвиток; - хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту;

- неповноцінне харчування; - в перебігу рецидиви та ремісії; - вагітність та період лактації;

* тривале вживання протисудомних та снодійних препаратів.

***С.*Об’єктивні методи обстеження*:***

- блідо-жовтий колір шкіри; - сухість та болючість язика через атрофію сосочків язика "лакований язик"; - жовтяничність склер; - тахікардія; - ЧД 28-32 за 1 хв., гіпотензія

- порушення тактильної і температурної чутливості; - фунікулярний мієлоз: атрофія м'язів;

- у тяжких випадках - арефлексія, параліч нижніх кінцівок, галюцинації, маніакально – депресивний синдром.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:** - зниження апетиту; - біль та печія язика; - задишка; - порушення чутливості;- нестійкість під час руху тощо.

**Потенційні проблеми:** - страх перед загостренням процесу та ускладненнями тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- зниження апетиту; - біль та печія язика; - задишка; - порушення чутливості;- нестійкість під час руху, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем

4. Виконання лікарських призначень

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, БАК;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для БАС;

- підготовка пацієнта та проведення шлункового зондування для фракційного дослідження шлункового вмісту;

- підготовка пацієнта та інструментарію до проведення стернальної пункції, асистування лікареві при проведенні процедури;

- підготовка пацієнта до ЕГДФС, R-скопії шлунка;

- створення для пацієнта комфортних умов: фізичного та психічного спокою;

- контроль за дотриманням режиму (залежить від стану пацієнта);

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок пульсу, ЧДР;

- контроль та допомога в дотриманні особистої гігієни пацієнта;

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом дієти №15 (вживати м'ясо, печінку, нирки, сир, молоко);

- при задишці - обмеження фізичних навантажень, перебування на свіжому повітрі, доступ свіжого повітря;

- при болючості та печії язика - теплі полоскання, змащування язика вершковим маслом;

- при порушенні ходи - підтримування, допомога при пересуванні;

- зігрівання кінцівок.

1. **виконання лікарських призначень:**

- *вітаміни*: ціанкобаламін, оксикобаламін, фолієва кислота курсами протягом всього життя;

- *гастромукопротеїн* (муковіт);

- *при глистяній інвазії* - дегельмінтизація;

- *при хворобах кишок* - фестал, панкреатин, збалансоване харчування;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду;

- навчання оточуючих догляду за пацієнтом при порушенні чутливості та розвитку паралічів кінцівок, порушення свідомості;

- навчання оточення наданню психологічної підтримки пацієнтові, активізації внутрішніх сил на одужання.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Прогноз:**

- при відсутності злоякісних етіологічних чинників сприятливий.

**Профілактика:**

- здоровий спосіб життя; - повноцінне харчування.

**Гемолітичні анемії**

***Гемолітичні анемії*** - велика група анемій, що різняться за етіологією та патогенезом, загальною ознакою яких є посилене руйнування і скорочення тривалості життя еритроцитів.

**Етіологія:**

- обтяжена спадковість;

- аутоімунний чинник;

- інтоксикація гемолітичними отрутами (зміїна отрута, кислоти, гриби, фосфор);

- переохолодження;

- перегрівання;

- опіки;

- вживання ліків;

- інфекційні захворювання;

**Класифікації*:***

***І. Спадкові гемолітичні анемії:***

- зумовлені порушенням мембрани еритроцитів;

- зумовлені порушенням активності ферментів еритроцитів;

- таласемії;

- зумовлені порушенням ланцюгів глобіну.

***ІІ. Набуті гемолітичні анемії:***

- зумовлені дією антитіл (імунні);

- пароксизмальна нічна гемоглобінурія (хвороба Маркіафави-Мікелі);

- зумовлені механічним руйнуванням еритроцитів;

- зумовлені дефіцитом вітаміну Е.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- загальна слабість; - запаморочення; - біль у лівому підребер'ї; - потемніння сечі; - задишка; - серцебиття; - жовтяниця; - напади мерзлякуватості з підвищенням температури тіла.

**Б. Анамнестичні дані:**

- може виявлятись з перших днів життя; - частіше проявляється в період статевого дозрівання; - дія етіологічного фактору; - хвилеподібний перебіг.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

* жовтувато-бліді шкірні покриви; - тахікардія; - АТ знижений; - ЧД - 28-30 за 1 хв.;
* підвищення температури тіла; - у разі вродженої гемолітичної анемії: мікрофтальмія, куполоподібний череп з виступаючим чолом, високе "готичне" піднебіння, деформація щелеп з неправильним розміщенням зубів, полідактилія; - трофічні виразки на гомілках; - під час гемолітичного кризу: інтенсивний біль в ділянці печінки та селезінки, озноб, блювання, посилення жовтяниці.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:** - гіпертермія; - задишка; - озноб; - блювання; - запаморочення тощо.

**Потенційні проблеми:** - страх перед загостренням процесу та ускладненнями, енцефалопатії, гіпертермічний синдром тощо.

**Складемо медсестринський діагноз:**- гіпертермія; - задишка; - озноб; - блювання; - запаморочення, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу – планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем

3. Виконання лікарських призначень

4. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

5. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомозі

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, визначення осмотичної резистентності еритроцитів, кров на товсту краплю;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС;

- підготовка пацієнта та взяття калу на копрологію;

- створення пацієнтові комфортних умов. Режим - залежить від стану пацієнта;

- постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання АТ, температурою тіла, падрахунок Р, ЧДР;

- контроль та допомога в дотриманні пацієнтом правил особистої гігієни;

- при гіпертермії - посилене пиття, заміна білизни, висушування шкіри рушником, подання жарознижуючих препаратів, фізичні методи охолодження;

- при ознобі - зігрівання пацієнта (укутування, грілки до ніг, тепле пиття);

- при задишці - обмеження фізичних навантажень, перебування на свіжому повітрі, доступ свіжого повітря, оксигенотерапія;

* при загальній слабості, запамороченні - ліжковий режим, допомога пацієнтові в самооб слуговуванні, пересуванні;

- дієта № 15;

1. **виконання лікарських призначень:**

* *лікування вроджених гемолітичних анемій*: переливання еритроцитарної маси, фолієва кислота;

- *для виведення надлишків заліза з організму*: десферал з аскорбіновою кислотою;

- *ГКС*: преднізолон, метилпреднізолон. Якщо ГКС протипоказані, - спленектомія!;

- при неефективності ГКС та спленектомії - *цитостатики*: циклофосфамід або азатіоприн;

- *лікування пароксизмальної нічної гемоглобінурії*:

- *переливання відмитих еритроцитів*;

- *неробол*;

- *при токсичній гемолітичній анемії* - специфічне антидотне лікування, лікування гострої ниркової недостатності;

- *при тромбозних ускладненнях* - токоферолу ацетат, антикоагулянти (гепарин, фраксипарин);

- оперативне: спленектомія;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання:***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень

**Прогноз:**

**-**для працездатності пацієнтів несприятливий.

**Профілактика:**

- попередження інтоксикації гемолітичними отрутами; - попередження переохолоджень, перегрівів, опіків; - попередження інфекційних ускладнень; -раціональне вживання ліків, медико-генетичне консультування вагітних при взятті на облік.

**Гіпо - та апластичні анемії**

***Гіпо - та апластичні анемії*** - група захворювань, основною ознакою яких є функціональна недостатність кісткового мозку із зменшенням продукції в ньому клітин переважно всіх трьох ростків кровотворення (еритроцито-, гранулоцито- та тромбоцитопоезу)

**Етіологія:**

* іонізуюча радіація;
* медикаменти (бутадіон, амідопірин, лівоміцетин, цитостатичні препарати);
* спадковість;
* інфекційні хвороби (вірусний гепатит);
* професійні шкідливості (контакт з хімічними речовинами – бензином, бензолом, миш`яком).

**Класифікації:**

***І. Ендогенні:***

- ендокринні (гіпотиреоз, гіпопітуїтаризм);

- генуїнна - апластнчна анемія Ерліха;

- остеомієлосклероз (мармурова хвороба Альберс-Шенберга).

***ІІ. Екзогенні:***

радіаційні; - хімічні (бензол, медикаменти); - токсико-алергічні; - інфекційні.

***ІІІ. За перебігом:***

- гострі;- підгострі; - хронічні.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- загальна слабість; - запаморочення; - втрата апетиту; - кровотечі з носа і ясен, інших місць; - серцебиття; - задишка; - геморагії на шкірі; - утруднення при ковтанні; - печія в ротовій порожнині; - підвищення t° тіла.

**Б. Анамнестичні дані:**

* професійні шкідливості ; - вплив іонізуючої радіації; - генетичні чинники; - поступовий розвиток ; - інфекційно-запальні та гнійно-некротичні процеси; - тривалий, латентний перебіг.

***С. Об’єктивні методи обстеження:***

- блідість та петехії на шкірних покривах та слизових оболонках; - кровотечі з носа та інших місць; - АТ знижений; - ЧДР > 25 за хв.; - ознаки ангіни, пневмонії, сепсису;

* тахікардія; - позитивний симптом «джгута» та «щипка»; - збільшення підщелепних та шийних лімфовузлів; - підвищення температури тіла.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

* загальна слабість; - задишка; - кровотечі; - запаморочення; - гіпертермія; - втрата апетиту; - печія.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК;

- підготовка пацієнта та інструментарію до проведення стернальної пункції, асистування лікареві при проведенні процедури;

- підготовка пацієнта до радіонуклідного обстеження;

- створення для пацієнта зручних умов;

- контроль за дотриманням режиму (залежить від стану пацієнта);

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок пульсу, ЧДР;

- контроль та допомога в дотриманні особистої гігієни пацієнта;

- дієта № 15, збагачена білками, вітамінами та мікроелементами. Переконання пацієнта в потребі якісно харчуватись;

* при задишці - обмеження фізичних навантажень, перебування на свіжому повітрі, доступ свіжого повітря, оксигенотерапія;
* при загальній слабості, запамороченні - ліжковий режим, допомога в самообслуговуванні, в пересуванні;
* при кровотечі - холод, в/в краплинно 100 мл та рег оs столовими ложками 5% р-н амінокапронової кислоти, 2 мл 1% р-ну вікасолу, в/в 10 мл розчину кальцію хлориду;

- при гіпертермії - вологе обтирання, звільнення від теплого одягу, теплого вкривання;

- при печії в ротовій порожнині - полоскання лужною водою, смоктання кусочків масла;

1. **виконання лікарських призначень:**

- *трансфузії відмитої або свіжозамороженої еритроцитарної маси*;

- *трансфузії тромбоцитів* лише в разі загрози кровотечі;

- *ГКС*: преднізолон, метилпреднізолон *(відміна ГКС поступова аж до припинення!);*

- *анаболічні гормони*: ретаболіл, неробол

- *імуносупресивне лікування:* антилімфоцитарний глобулін, циклоспорин;

- *оперативне*: спленектомія, пересадка кісткового мозку;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень

**Прогноз:**

- для життя здебільшого несприятливий.

**Профілактика:**

**-**здоровий спосіб життя; - обмеження інсоляції; - обмеження контакту з професійними шкідливостями; -раціональне вживання ліків під контролем лікаря.

***Гемобластози (*Лейкози)**

***Лейкози***- гетерогенна група злоякісних захворювань системи крові, які розвиваються внаслідок злоякісної трансформації гемопоетичних клітин у кістковому мозку і лімфоїдній тканині

**Класифікації:**

***І. Гострі лейкози:***

* гострий промієлоцитарннй лейкоз;
* гострі мієломонобластний лейкоз;
* гострий лімфобластний лейкоз;
* гострий еритромієлобластний лейекоз;
* гострий мегакаріобластний лейкоз;
* гострі недиференційовані лейкоз;
* гострий мієлобластннй лейкоз;

***Перебіг:***

- перед лейкоз;

- початковий період;

- повного розвитку (розгорнутий);

- період ремісії;

- період загострення (ремісія);

- термінальний період;

***ІІ. Хронічні лейкози:***

1. Мієлопроліферативні:

* хронічний мієлоцитарний лейкоз,
* хронічний нейтрофільний лейкоз,
* хронічний еозинофільний лейкоз,
* хронічний базофільний лейкоз,
* мієлосклероз,
* еритремія/справжня поліцитемія,
* есенціальна тромбоцитемія,

2. Лімфопроліферативні:

* хронічний лімфолейкоз,
* парапротеїнемічні лейкози:
* мієломна хвороба,
* первинна макроглобулінемія Вальденстрема,
* хвороба важких ланцюгів Франкліна,
* лімфоматоз шкіри — хвороба Сезарі,

**3. моноцитарного походження:**

- хронічний моноцитарний лейкоз,

- хронічний мієломоноцитарний лейкоз,

- гістіоцитоз Х.

***Перебіг:***

- початковий період;

- розгорнута стадія;

- термінальний період.

***Фази захворювання:***

* алейкемічна;
* лейкемічна.

За загальним числом лейкоцитів та наявності бластних клітин у периферічній крові

* лейкемічні (більш 50—80× {\displaystyle 10^{9}} {\displaystyle 10^{9}}/л лейкоцитів, в тому числі бласти),
* сублейкемічні (50—80× {\displaystyle 10^{9}} {\displaystyle 10^{9}}/л лейкоцитів, в тому числі бласти),
* лейкопенічні (вміст лейкоцитів в периферічній крові нижче норми, але є бласти),
* алейкемічні (вміст лейкоцитів у периферічній крові нижче норми, бласти відсутні).

У групі хроничних лейкозів найчастіше зустрічаються мієлолейкоз та лімфолейкоз.

***Гострий лейкоз***

***Гострий лейкоз***- злоякісна пухлина, що первинно уражує кістковий мозок і морфологічним субстратом якої є молоді бластні клітини (бласти) - недиференційовані або мало диференційовані.

**Етіологія:**

- імунна недостатність;

- ендогенна (обмінна);

- хімічна;

- іонізуюча радіація;

- дія токсичних речовин;

- спадковість;

- вірусогенетична теорія.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

прогресуюча загальна слабість; - біль у горлі; - задишка; - проливний піт уночі ; -озноб; - тяжкість та біль у підребер'ях; - висока температура тіла; - крововиливи на шкірі; - біль у кістках, суглобах; - запаморочення; - серцебиття; - кровоточивість ясен; - кровотечі різної етіології.

**В. Анамнестичні дані:**

стать Ч : Ж = 1:1; - вік - приблизно 60 р.; - дія етіологічних чинників; - розвиток досить швидкий; - початок з неспецифічної симптоматики; - наростання тяжкості симптомів протягом 1-3 місяців; - поступова поява крововиливів; - можливі кровотечі; - підвищення температуритіла; - зниження МТ.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

* шкірні покриви бліді з землистим відтінком, зі слідами крововиливів;
* позитивні симптоми "джгута" і "щипка";
* виразково-некротична ангіна, гінгівіт, стоматит;
* температура тіла 39-40°С;
* збільшені лімфовузли - підщелепні, шийні та інші.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

* **Наявні проблеми:** - виразково-некротична ангіна; - біль у кістках і суглобах; - озноб; - посилене потовиділення; - кровоточивість ясен; - запаморочення; - зниження апетиту; - гіпертермія тощо.
* **Потенційні проблеми:** - можливість виникнення опрілостей, пролежнів, пневмоній, загострення, кахексії тощо.
* **Складемо медсестринський діагноз:**- виразково-некротична ангіна; - біль у кістках і суглобах; - озноб; - посилене потовиділення; - кровоточивість ясен; - запаморочення; - зниження апетиту; - гіпертермія, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємо-допомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК;

- підготовка пацієнта та інструментарію до стернальної пункції, асистування лікареві при ній;

- підготовка пацієнта та інструментарію до біопсії лімфовузлів, асистування лікареві при ній;

- створення пацієнтові комфортних умов. Режим - в залежності від стадії хвороби і стану пацієнта;

- постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання АТ, температури тіла, підрахунок Р, ЧДР;

- дієта № 15 (якщо нема протипоказань). Допомога пацієнтові та переконання його в необхідності раціонального харчування;

- контроль та допомога в дотриманні особистої гігієни пацієнтом, профілактика пролежнів;

- при гіпертермії - висушування шкіри рушником, зміна білизни, фізичні методи охолодження;

- при кровотечах - холод, оптимальне положення тіла, кровоспинні препарати;

- при ураженнях слизових та порушенні ковтання - напіврідка, щадна, тепла їжа, посилене пиття, теплі полоскання ротової порожнини відваром шавлії, ромашки;

- при пролежнях - протирання шкіри навколо пролежнів розчином камфорного спирту, 40% розчином етилового спирту, кварцування ураженої ділянки, підкладання гумового кругу;

- при посиленому потовиділенні - переодягання пацієнта, обтирання насухо;  
- при ознобі - зігрівання, укутування пацієнта;

- при запамороченні - допомога при пересуванні, ліжковий режим;

1. **виконання лікарських призначень:**

- цитостатики: вінкрестин, вінбластин, хлорбутин, цитозар, віндезин;

- ГКС: преднізолон, дексаметазон;

- антиметаболіти: 6-меркаптопурин, метотрексат;

- протипухлинні АБ: рубоміцин, карміноміцин, циклофосфан;

- дезінтоксикаційна терапія: гемодез, альбумін, ізотонічний розчин, поліглюкін;

- імунотерапія: інтерферон, реаферон;

- лікування анемії;

- лікування геморагічного синдрому: переливання тромбоцитів від найближчих родичів, свіжозамороженої плазми, амінокапронової кислоти;

- лікування інфекційних ускладнень: АБ широкого спектру дії (напівсинтетичні пеніциліни + цефалоспорини), противірусні препарати (ацикловір);

- симптоматичне лікування;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання оточуючих забезпеченню повного обслуговування пацієнта;

- надання психологічної підтримки пацієнтові.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Перебіг:**

- захворювання прогресуючий.

**Прогноз:**

- стосовно видужання залишається несприятливим.

**Профілактика:**

- попередження дії на організм факторів ризику (інсоляції, професійних шкідливостей, іонізуючої радіації).

***Хронічний мієлолейкоз***

***Хронічний мієлолейкоз*** - злоякісна пухлина кровотворної тканини з переважним ураженням гранулоцитарного ростка мієлопоезу

**Етіологія:**

* у 90-97% пацієнтів – наявність в клітинах кісткового мозку і периферичної крові так званої філадельфійської (Ph) хромосоми, що виникає внаслідок транслокації генетичного матеріалу між 9 і 22 хромосомами;

- іонізуючі радіаційні впливи;

- найчастіше вік 20-50 років (можливо від 1 до 70 років).

**Класифікації:**

***І. За стадіями:***

І - початкова (доклінічна);

П - розгорнутих клініко-гематологічних проявів (моноклонова);

1. - прискорення (перехідний період, фаза акселерації);

ІV- термінальна (бластна криза, поліклонова).

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

*Початкова стадія:*

*-*самопочуття задовільне, зміни лише в аналізі крові.

*Розгорнута стадія:*

* фізична втома; - похудіння; - безпричинний субфебрилітет; - болі і тяжкість в лівому підребер'ї ; - збільшення об'єму живота; - кровоточивість ясен, нанесених ран.

*Стадія акселерації:*

прогресуюче похудіння; - наростання загальної слабості; - підвищення температури тіла до фебрильних показників.

*Термінальна стадія:*

* гарячка ; - прог­ресуюче збільшення живота; - ознаки анемії.

**В. Анамнестичні дані:**

- дія етіологічного чинника; -виявлення відповідних змін в аналізі крові; -відсутність ефекту від попереднього лікування.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

* блідість шкірних покривів;
* пониження МТ;
* субфебрильна температура тіла, яка з часом переходить в гарячку;
* збільшення селезінки, яка може займати більшу частину черевної порожнини;
* гепатомегалія;
* в крові: нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво, збільшення бластних клітин без лейкемічного провалу, анемія, тромбоцитопенія.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:** - наростаюча загальна слабість; - кровоточивість; - гарячка тощо.

* **Потенційні проблеми:** - можливість загострення процесу тощо.
* **Складемо медсестринський діагноз:**- наростаюча загальна слабість; - кровоточивість; - гарячка, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу - планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємо-допомоги.

***ІY етап сестринського процесу - виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові з вени для лабораторних досліджень: ЗАК, цитохімічного дослідження крові, дослідження каріотипу клітин крові, БАК;

* підготовка пацієнта, інструментарію і всього необхідного та участь в пункції кісткового мозку;
* підготовка пацієнта до УЗД органів черевної порожнини;

- створення пацієнтові зручних та комфортних умов;

- контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання г° тіла, АТ, визначення Р, підрахунок ЧДР;

- допомога пацієнтові у здійсненні заходів особистої гігієни, надання поради щодо чищення зубів, щоб уникнути кровоточивості ясен;

- допомога пацієнтові у пересуванні, виконанні фізичних дій;

* при гарячці - холод над головою, зміна натільної білизни, жарознижуючі (за призначенням лікаря);

- на початкових стадіях: загальнозміцнюючі заходи (режим, збалансоване повноцінне харчування); - санація осередків інфекції;

1. **виконання лікарських призначень:**

- в розгорнутій стадії: паліативне лікування для зменшення клінічних ознак, гальмування прогресування (інтерферон, трансплантація кісткового мозку);

- у термінальній стадії: поліхіміолікування (цитозар, рубоміцин, вінкристин, метотрексат, 6 - меркаптопурин у різних комбінаціях в залежності від перебігу);

- симптоматичне лікування: переливання еритроцитів, тромбоконцентрату, АБ (ампіцилін, амоксицилін, цефатоксим, цефтазидим);

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

**-**враховуючи психоемоційний стан, спрямувати вольове зусилля пацієнта на боротьбу зхворобою (засобами психотерапії активізувати саногенні механізми організму, утвердити оптимізм і віру в поліпшення в подальшому якості життя, рекомендувати оздоровчі програми).

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. У разі прогресування захворювання та виникнення ускладнень- корекція медсестринських втручань.

**Перебіг:**

- захворювання прогресуючий, іноді з короткочасними спонтанними ремісіями;

- середня тривалість життя раніше складала 2,5-3 роки (іноді – до 10 років);

- сучасні методи лікування дозволяють дещо продовжити життя пацієнтів;

- смерть наступає внаслідок загального виснаження, несумісної з життям анемізації, геморагічних ускладнень або приєднання інфекції.

**Прогноз:**

- стосовно захворювання несприятливий;

- проведення комплексної терапії дозволяє віддалити термінальну стадію хвороби і продовжити тривалість життя пацієнтів;

- перспективним в цьому плані є трансплантація кісткового мозку.

***Хронічний лімфолейкоз***

***Хронічний лімфолейкоз*** - неопластичне лімфопроліферативне захворювання, яке характеризується проліферацією і збільшенням в периферичній крові кількості зрілих лімфоцитів, доброякісним перебігом та збільшенням лімфатичних вузлів, селезінки, печінки та інших органів за рахунок розростання в них лімфоїдної тканини.

**Етіологія:**

***Основні чинники:***

* спадковість;
* похилий вік (ніколи не хворіють діти);
* частіше хворіють чоловіки (у 2 рази частіше від жінок);
* зв'язок з радіацією та іншими мутагенами не виявлений.

***Теорія походження:***

- показана клональна природа походження - розвиток пухлинного клону з єдиного В- або Т-лімфоциту, з яким відбулася мута­ція і який отримав перевагу в рості;

- у 95% випадків хронічний лімфолейкоз має В- клітинне походження і лише у 5% випадків - Т-клітинний фенотип.

**Класифікації:**

***І. За стадіями перебігу:***

* початкова (компенсована);
* клінічних проявів (моноклонова);
* термінальна (поліклонова).

***ІІ. За особливостями клінічних варіантів:***

- типовий;

- з млявим перебігом (доброякісний);

- з швидким перебігом (злоякісний);

- пухлинний;

- кістково-мозковий;

- селезінковий.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

а) початковий період:

- самопочуття задовільне;- підвищена втомлюва­ність;- збільшенні помірно пери­феричні лімфовузли.

б) розгорнутий період:

- загальна слабість; - пітливість вночі; - голово­кружіння; - генералізоване збіль­шення лімфовузлів; - жовтяниця; - болі в кістках; - свербіж шкіри.

в) термінальний період:

- кровоточи­вість з ясен; - підвищення температури тіла (гарячка).

**В. Анамнестичні дані:**

- розвиток захворювання переважно поступовий.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

***при пальпації:***

* послідовність ураження лімфовузлів: шийні -пахвові - пахові: вони помірно збільшені, не спаяні між собою, неболючі; - спленомегалія, гепатомегалія;
* на шкірі: екзема, псоріаз, кропивниця;
* часті бронхіти, пневмонії, плеврити, виразкова хвороба 12-палої кишки;
* розвивається серцева та ниркова недостатності.
* ***в термінальному періоді***
* ознаки кахексії, геморагічний синдром, сепсис;
* ураження нервової системи: ознаки менінгоенцефаліту, паралічів черепно- мозкових нервів, кома;
* в крові: лейкоцитоз, до 80-90% збільшення кількості лімфоцитів, поява пролімфоцитів, лімфобластів, збільшення ШОЕ.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

* **Наявні проблеми:** - загальна слабість; - пітливість вночі; - головокружіння; - болі в кістках; - свербіж шкіри ; - кровоточивість; - гарячка тощо.
* **Потенційні проблеми:** - можливість загострення процесу тощо.
* **Складемо медсестринський діагноз:**- загальна слабість; - пітливість вночі; - головокружіння; - болі в кістках; - свербіж шкіри ; - кровоточивість; - гарячка, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

1. Підготовка пацієнта та взяття крові для лабораторних досліджень: ЗАК, БАК, цитохімічних і імунофенотипних досліджень периферичної крові.

2. Підготовка пацієнта та всього необхідного та асистування лікареві при пункції кісткового мозку.

3. Підготовка пацієнта до радіоізотопної лімфографії.

4. Підготовка пацієнта до ультразвукового сканування печінки та селезінки.

5. Створення зручних умов та комфорту для пацієнта.

6. Контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, визначення Р, підрахунок ЧДР.

7. Допомога пацієнтові у здійсненні заходів особистої гігієни; надання поради щодо чищення зубів, щоб уникнути кровотечі.

8. Допомога пацієнтові в пересуванні, виконанні фізичних дій.

9. Переодягання пацієнта вночі.

10. При свербіжі шкіри - обтирання її слабим розчином оцту, або застосування мазей за призначенням лікаря.

11. Під час гарячки - холод над головою, жарознижуючі (за призначенням лікаря).

12. На початкових стадіях - дотримання режиму дня, збалансоване повноцінне харчування.

13. Санація осередків інфекції.

**14. Виконання призначень лікаря** ***- в розгорнутій та термінальній стадіях***:

- Цитостатики (хлорбутин, циклофосфамід, пафенцал).

- ГКС (преднізолон, метипред).

- Поліхіміолікування - схема СОР (циклофосфан + вінкристин + преднізолон).

- Лімфоцитоферез - при значній кількості лімфоцитів.

- Променеве лікування лімфовузлів, селезінки.

- Симптоматичне лікування (АБ, переливання еритроцитарної маси).

15. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

16. Враховуючи психоемоційний стан, спрямувати вольове зусилля пацієнта і його оточення на видужання (засобами психотерапії активізувати саногенні механізми організму, утвердити віру в поліпшення подальшої якості життя.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. У разі прогресування захворювання та виникнення ускладнень- корекція медсестринських втручань.

**Перебіг:**

- захворювання поступовий або циклічно прогресуючий;

- середня тривалість життя раніше складала 4-5 роки, проте деякі пацієнти живуть до 10-12 років;

- смерть зумовлена приєднанням інфекції, геморагічних ускладнень, найчастіше пневмонії.

**Прогноз:**

* здебільшого несприятливий;
* тривалість життя хворих залежить від особливостей перебігу хронічний лімфоїдний лейкемії і всередньому становить 5-6 років, в окремих випадках – 10-20 років. У 3% випадків спостерігається трансформація хронічної лімфоїдної лейкемії в агресивну В-клітинну лімфому, в 1% - у гостру лімфоїдну лейкемію.

**Геморагічні захворювання**

***Геморагічні захворювання*** -група хвороб різної етіології й патогенезу, для яких основною клінічною ознакою є схильність до кровоточивості і повторних кровотеч, які можуть виникати як спонтанно, так і під впливом незначних травм, не здатних викликати кровотечу в здорової людини

**Етіологія:**

* інфекції вірусні та бактеріальні;
* токсично - алергічні чинники.

***Дві форми захворювання:***

* імунна - руйнування тромбоцитів антитілами;
* неімунна - дефіцит тромбоцитогемопоетичного фактору.

**Класифікації:**

1. Вазопатії – системне аутоімунне запалення судин дрібного калібру (геморагічний васкуліт – хвороба Шенлейна-Геноха).

2. Тромбоцитопатії – виникають внаслідок порушення якісного та кількісного складу тромбоцитів (тромбоцитопенічна пурпура –хвороба Верльгофа).

3. Коагулопатії – порушення зсідання крові (гемофілія А, В, С).

***Тромбоцитопенічна пурпура  
( хвороба Верльгофа)***

***Тромбоцитопенічна пурпура ( хвороба Верльгофа)*** – геморагічний діатез, зумовлений підвищеним руйнуванням тромбоцитів при нормальній продукції їх кістковим мозком.

Вперше описаний німецьким лікарем Верльгофом у 1735 р.

Вона є одним з найчастіших форм геморагічного діатезу. Цим терміном визначають стани, за яких кількість тромбоцитів нижче ніж 150 X 109 /л

Отже йдеться про тромбоцитопенічну пурпуру, яку ми зараз і розглянемо з точки зору організації медсестринського процесу.

**Етіологія:**

**Класифікація:**

***І. Тромбоцитопенії, зумовлені порушенням продукції тромбоцитів:***

1. Спадкове порушення тромбоцитопоезу

2. Набуті порушення тромбоцитопоезу:

- апластична анемія;

- ураження кісткового мозку (пухлини, витіснення кісткового мозку);

- іонізуюча радіація, мієлосупресивні медикаменти;

- вірусні інфекції;

- дефіцит вітаміну В12,фолієвої кислоти;

- алкоголь;

- ХНН.

***ІІ. Тромбоцитопенії, зумовлені підвищеним руйнуванням тромбоцитів:***

**1. Вроджені тромбоцитопенії*:***

***- Імунні:***

- медикаментозні;

- алоімунна у новонароджених;

- у новонароджених, матері яких хворіють на імунну тромбоцитопенію.

***- Неімунні:***

- гемолітична хвороба новонароджених;

- недоношеність;

- внаслідок сепсису;

- внаслідок тромбозу ниркових вен.

**2. Набуті**:

***- Імунні:***

- ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура;

- післятрансфузійна;

- медикаментозна;

- внаслідок анафілактичного шоку;

- внаслідок аутоімунної гемолітичної анемії;

- внаслідок лікування антилімфоцитарною сироваткою.

***- Неімунні:***

- внаслідок сепсису;

- внаслідок ДВЗ -синдрому;

- внаслідок гемолітично-уремічного синдрому;

- медикаментозна.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- крововиливи в шкірі (від петехій до великих плям) без відчутних травм;

- підвищена кровоточивість зі слизових оболонок (носа, ясен);

- кровотечі з внутрішніх органів (маткові, ниркові, рідше зі сторони ШКТ);

- часто кровотечі спостерігаються після екстракції зубів;

- загальна слабкість, головокружіння, швидка втомлюваність (ознаки анемії).

**В. Анамнестичні дані:**

- гострий або поступовий розвиток;

- в анамнезі вказівки на дію етіологічних чинників.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

- в місцях крововилив шкіра набирає різного кольору (в залежності від їх давності): синій, зелений, жовтий («шкіра леопарда»);

**-**позитивний симптом «щипка» (особливо) та «джгута»;

- температура тіла 38-39°*С* неправильного або хвилеподібного характеру;

- кровотечі з внутрішніх органів (маткові, ниркові, рідше шлункові, кишкові) та ін.;

- аналіз крові*:* тромбоцитопенія, анемія;

- коагуляційні тести: зростання часу кровотечі (до 15-20 хв. і більше), порушення ретракції кров`яного згустка (зменшення);

- час згортання крові в більшості випадках нормальний, але може бути дещо сповільнений.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**- Наявні проблеми:** - загальна слабкість; - головокружіння; - кровоточивість зі слизових оболонок; - кровотечі (вказати конкретний орган) тощо.

* **Потенційні проблеми:** - можливі кровотечі тощо.

**- Складемо медсестринський діагноз:**- загальна слабкість; - головокружіння; - кровоточивість зі слизових оболонок; - кровотечі (вказати конкретний орган), що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем

4. Виконання лікарських призначень

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові з пальця для ЗАК, коагуляційних тестів;

- підготовка пацієнта та інструментарію і всього необхідного до пункції кісткового мозку, асистування лікареві при ній;

- створення зручних та комфортних умов для пацієнта;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;

- контроль за дотриманням режиму (залежить від тяжкості захворювання);

- контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти (дієта повноцінна, калорійна №15);

- допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни, у пересуванні;

- допомога пацієнтові у дотриманні чистоти тіла, натільної та постільної білизни при кровотечах;

- догляд за пацієнтом при кровотечах: холод (міхур з льодом ) на ділянку крово-течі і т.д.;

- при загальній слабості - перебування на повітрі, допомога в пересуванні;

- при свербіжі шкіри - протирання шкіри слабим водним розчином оцту, застосування мазі за призначенням лікаря

**виконання лікарських призначень**:

- консервативне лікування:

- медикаментозне - *глюкокортикостероїди,* *імунотропні* (циклофосфамід)

- з *гемостатичною метою*: переливання тромбоцитарної маси, аскорбінову кислоту, вікасол, рутин, вітамін Р, С, амінокапронову кислоту, діцинон

- при неефективному лікуванні: *спленектомія*

-вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

- навчання пацієнта само-, а його оточення взаємо догляду, надання психологічної підтримки.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Перебіг:**

- спостерігаються як гострі, так і хронічні рецидивуючі форми хвороби;

- можливі випадки одужання, тривалі ремісії;

- смерть може настати від масивної кровотечі і крововиливів у життєво важливі органи.

**Профілактика:**

- необхідно усунути причини, що спричиняють хворобі

**Тромбоцитопатії**

**Класифікація:**

**1. Спадкова: набуті,**зумовлені захворюванням або впливом патогенних чинників

**2. Набута:** (при лікуванні *НПЗ*: бруфен, аспірин, індометацин), *бета-адреноблокаторами, сечогінними, антибіотиками, цитостатиками*), після прийому алкоголю

***Геморагічний васкуліт***

***Геморагічний васкуліт***(хвороба Шенлейна - Геноха) – імуноалергічне захворювання, що характеризується ураженням капілярів, дрібних кровоносних судин шкіри і внутрішніх органів, що веде до виникнення множинних геморагій.

Частіше хворіють діти у віці до 16 років. Сезонність захворювання: весна, зима, осінь. Вперше описаний німецьким терапевтом Шенлейном (1837 р.) та німецьким педіатром Генохом (1868, 1874)

**Етіологія:**

- у більшості випадків невідома;

- інфекційні чинники (стрептокок та інші бактерії);

- віруси (вірус грипу, гепатиту В);

- неінфекційні чинники (вакцинація, охолодження, травма, сироваткова і

медикаментозна алергія, укуси комах);

- спадковий фактор (не виключається роль).

**Класифікація:**За Лискіним Г.А. (2001)

***1. За клінічними формами:***проста шкірна, некротична шкірна, суглобова (шкірно-суглобова), абдомінальна (шкірно-абдомінальна), ниркова (шкірно-ниркова), змішана.

***2. За тяжкістю:***легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

***3. За перебігом:*** блискавичний, гострий, затяжний, рецидивуючий, хронічний.

***4.*** ***За ступенями активності:***мінімальний, помірно виражений, сильно виражений.

За Свінціцьким А.С. (2004):

***1. За формами:*** блискавична, гостра, хронічна рецидивуюча з тривалими ремісіями.

***2. За активністю:***неактивна фаза, активна фаза.

***3. За клініко-морфологічними ознаками:*** ураження: шкіри, суглобів, нирок, травної системи, легень, ЦНС.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- температура тіла 39-40° С; - шкірні висипання; - загальна слабкість; - головний біль; - біль у суглобах; - біль у животі; - нудота; - блювання; - свербіж.

**В. Анамнестичні дані:**

**-**гострий початок; -хворіють частіше хлопчики або юнаки (пік захворювання 4-8 р.); - перенесені вірусні або бактеріальні інфекції; - токсичні впливи; - спадкова схильність.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

- температура тіла 39-40°*С*; - шкірні висипання: петехіальна або плямисто-папульозна, яка випукла над поверхнею шкіри, з чіткими краями і не зникає при надавлюванні. При тяжкому перебігу елементи висипу зливаються, у центрі утворюються некрози.

- висипи локалізуються симетрично (на тулубі, кінцівках); - червоно-багряне забарвлення висипу згодом переходить у червоно-бронзове; - кровотечі з носа, ясен;

- симетрична припухлість суглобів, обмеження рухів; - при уражені внутрішніх органів - будуть симптоми, що це підтверджують - при абдомінальній формі (висипки появляються на слизовій оболонці ШКТ та на очеревині): біль в животі, нудота, блювання кров`ю, випорожнення з домішками крові; - при ураженні нирок: проходить за типом гострого та хронічного гломерулонефриту тощ;

- аналіз крові*:* лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, анемія, збільшення концентрації імуноглобуліну А в сироватці крові, виявлення IgА-вмісних імунних комплексів

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**- Наявні проблеми:** - загальна слабкість; - кровотечі; - болі в суглобах; - головні болі; - гарячка; - озноб тощо.

**Потенційні проблеми:** - можливі кровотечі тощо.

**- Складемо медсестринський діагноз:**- загальна слабкість; - кровотечі; - болі в суглобах; - головні болі; - гарячка; - озноб, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємо-допомоги.

7. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення заходам профілактики та попередження рецидивів.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, ІДК, коагулограми;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для лабораторних досліджень: ЗАС, проби за Зимницьким;

- підготовка пацієнта до: ЕФГДФС, колоноскопії;

- підготовка пацієнта до ЕКГ;

- створення зручних та комфортних умов для пацієнта;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;

- контроль за дотриманням режиму (палатний);

- контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти (дієта №7 - при ураженні нирок; при ШК ураженні – голод 3 доби, а потім №1). Виключити алергічні харчові впливи;

- допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни, у пересуванні;

- допомога пацієнтові у дотриманні чистоти тіла, натільної та постільної білизни при кровотечах;

- догляд за пацієнтом при кровотечах: холод (міхур з льодом ) на ділянку кровотечі, кровозупинні засоби і т.д.;

- при болях в суставах – уникати переохолоджень, тривалого ходіння, стояння;

- при ознобі –зігрівальні процедури;

- при гарячці – холод над головою, переодягання, зміна білизни;

1. **виконання лікарських призначень**:
2. медикаментозне:

- *прямі антикоагулянти* (гепарин);

- *антиагреганти* (дипіридамол, пентоксифілін);

- *свіжезамороженну плазму*;

- *ГКС* (преднізолон, метилпреднізолон);

- *цитостатики* (циклофосфамід, азатіоприн);

- *НПЗ препарати* (німесулід, індометацин);

- *вітаміни*(рутин, аскорутин, аскорбінова кислота);

- *АБ* (ампіцилін, пеніцилін, оксацилін, еритроміцин);

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду, надання психологічної підтримки;

- плазмафорез із частковою заміною плазми реополіглюкіном, кріоплазмою, альбуміном.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта

2. Здовження ремісії

3. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень, рецидивів.

**Перебіг*:***

-спостерігаються як гострі, так і хронічні форми хвороби;

- можливі випадки одужання;

- в інших випадках набуває затяжного або рецидивуючого перебігу;

- смерть може настати від масивної кровотечі і крововиливів у життєво важливі органи, некрозу кишечника,ураження нирок.

**Профілактика:**

- необхідно усунути причини, що спричиняють хворобі;

- усі пацієнти перебувають на «Д» обліку;

- уникання фізичного перевантаження, проведення щеплень тощо.

***Гемофілії***

***Гемофілії –***спадкове захворювання, спричинене вродженою недостатністю в крові чинників, які беруть участь в створенні плазмового тромбопластину, необхідного для швидкого згортання крові при травмі. Хворіють чоловіки. Захворювання передається внукам хворого через клінічно здорових дочок.

**Етіологія:**

***Основні причини:***

- обтяжена спадковість;

- дефіцит факторів зсідання крові;

- хворіють чоловіки, хворобу передають жінки своїм синам;

- жінки хворіють рідко в разі шлюбу батьків Ч-гемофіліка і Ж-передавача.

***Сприятливі чинники:***

- недостатність вітаміну К;

- хвороби печінки.

**Класифікація:**

***1. За формами:***

- А (дефіцит фактору VІІІ -87-94 % випадків);

- В (дефіцит фактору ІX);

- С ( дефіцит фактору XІ –хворіють жінки));

- Д (дефіцит фактору XІІ ).

***2. За перебігом:***

- легкий - рівень фактору зсідання 5-15 %;

- середньої тяжкості - рівень фактору зсідання 2-5 %;

- тяжкий - рівень фактору зсідання менше 2 %.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- підвищена кровоточивість: кровотечі з дитинства під час дрібних травм слизових оболонок, після травм, операцій, після зміни молочних зубів, носові, Ш-К, ниркові тривають до кількох діб.

**В. Анамнестичні дані:**

- наявність обтяженого анамнезу в родині;

- підвищена кровоточивість з дитинства;

- дія травмуючого фактору.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

- гематоми в ділянці суглобів, черепа, м`яких тканин;

- гемартрози великих суглобів кінцівок - крововиливи у суглоби;

- крововиливи в шкіру, слизові оболонки;

- сповільнення часу зсідання крові ( від 20 хв. до 2 год і більше) – в нормі 5-9 хв.;

- анемія.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**- Наявні проблеми:** - загальна слабкість; - кровоточивість тощо.

**Потенційні проблеми:** - можливі кровотечі тощо.

**- Складемо медсестринський діагноз:**- загальна слабкість; - кровоточивість, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові з для лабораторного дослідження на ЗАК,

визначення факторів крові, часу зсідання крові;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС;

- підготовка пацієнта до рентгенологічного обстеження уражених суглобів;

- створення зручних та комфортних умов для пацієнта;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;

- контроль за дотриманням режиму (залежить від тяжкості захворювання);

- контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти (дієта повноцінна, калорійна №15, якщо немає протипоказань);

- допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни, у пересуванні;

- забезпечення пацієнтові зручного положення, фізичного спокою для ураженої кінцівки;

- допомога пацієнтові у дотриманні чистоти тіла, натільної та постільної білизни при кровотечах;

- обробка місць кровотечі, накладання асептичної пов’язки;

1. **виконання лікарських призначень**:

- гемофілія А - введення антигемофільної плазми, кріопреципітату;

- гемофілія В: введення плазми, амінокапронової кислоти;

- гемофілія С: введення свіжозамороженої або сухої плазми;

- гемофілія Д: введення свіжозамороженої або сухої плазми;

- ЛФК, ФЗТ при артритах;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- попередження з раннього дитинства травм і порізів;

- спрямувати вольове зусилля пацієнта засобами психотерапії;

- навчання пацієнта та його оточуючих правилам особистої гігієни з умовою уникнення мікротравм слизових оболонок і шкіри, само догляду та догляду за пацієнтом з боку оточення.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання.***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Перебіг:**

- найважчими періодами є дитячі та юнацькі роки;

- раніше більшість пацієнтів помирали від кровотеч або крововиливів у внутрішні органи до 20 років.

**Профілактика:**

- пацієнти на гемофілію перебувають на «Д» обліку; - уникати фізичних перевантажень, травм; - вони повинні мати при собі документ, де вказано вид гемофілії, групу крові, лікування, яке проводилося раніше;

- при будь якій травмі – необхідна термінова долікарська допомога тощо

**Загальні висновки лекції:**

Геморагічні захворювання (геморагічні діатези) - група захворювань, що характеризується виникненням кровоточивості і повторних кровотеч, які виникають як спонтанно, так і в наслідок травм, не здатних викликати кровотечу в здорової людини.

У лекції особливу увагу приділено медсестринському процесу при геморагічних захворюваннях: визначення дійсних проблем пацієнта, встановлення медсестринських діагнозів, планування медсестринських втручань: підготовка пацієнтів до лабораторних досліджень та іструментальних обстежень, реалізації медсестринських втручань, виконання лікарських призначення, особливостям догляду за пацієнтами, профілактиці захворювань, «Д» спостереженню.

**ХВОРОБИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ**

Це група захворювань, які виникають через порушення ендокринної функції залоз внутрішньої секреції. Це приводить до глибоких змін в обміні речовин, які залежать від зайвої або недостатньої функції конкретного гормону. При цьому з часом виникають вторинні порушення гормональної функції інших залоз внутрішньої секреції за принципом зворотного зв’язку.

При цьому спільної симптоматики немає.

***Дифузний токсичний зоб***

***Дифузний токсичний зоб***( хвороба Базедова, тиреотоксикоз) – захворювання, в основі якого лежить гіперфункція щитоподібної залози, її гіперплазія і гіпертрофія, характеризується змінами функціонування загального обміну речовин, серцево-судинноїої, ендокрин та нервової систем.

**Етіологія:**

***Провокаційні чинники:***

- психотравми;

- спадковість;

- співвідношення Ч:Ж = 1:5-7;

- грип, скарлатина, ангіна;

- перегрівання на сонці;

- порушення функції статевих органів.

**Класифікації:**

***За ступенем збільшення щитоподібної залози:***

*0*– відсутність зоба;

*ІА* – зоб визначається пальпаторно і невидимий при повністю відхиленій голові;

*ІВ* – зоб пальпується і видимий при повністю відхиленій голові;

*ІІ*– зоб видимий при звичайному положенні голови;

*ІІІ* – великий зоб, який можна розпізнати на відстані.

***За ступенем тяжкості тиреотоксикозу:***

1. *легка* – нечітка симптоматика, ЧСС не більше 100/хв., втрата МТ 3-5 кг;

2. *середня* –яскраві симптоми, ЧСС 100-120/хв., втрата маси тіла до 8-10 кг;

3. *тяжка*–значний дефіцит маси тіла (аж до кахексії), ЧСС більше 120/хв., миготлива аритмія, СН, ураження внутрішніх органів.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- збудливість; - дратівливість; - плаксивість; - пітливість; - відчуття жару; - поганий сон; - погано переносять жару; - втрата маси тіла, на фоні збереженого апетиту; - проноси.

**В. Анамнестичні дані:**

- ДТЗ виникає на протязі декількох тижнів;

- можливий зв'язок з емоційним стресом, тривалою інсоляцією, вагітністю, менопаузою, інфекцією;

- хвороба спостерігається серед родичів пацієнта.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

- огляд: пацієнт метушливий, багатослівний, погляд здивований, волосся крихке, температура тіла підвищена, шкіра волога, тепла;

- ССС: тахікардія (90-120, а в тяжких випадках до 150 за 1 хв. (постійна в стані спокою та під час сну; АТ- систолічний знижується, діастолічний підвищується; відчувають пульсацію в ділянці шиї, голови, живота - *симптом телеграфного стовпа*;

- НС: неспокій, плаксивість, *симптом Марі* - тремтіння рук, повік, іноді всього тіла;

- ШКТ: диспептичні явища (несподівані отруєння);

- Орган зору:

*екзофтальм* (витрішкуватість);

*симптом Дальримпля* – широко відкриті очі надають обличчю виразу гніву, здивування;

*симптом Штельвага* - рідке моргання повіками;

*симптом Грефе*- відставання верхньої повіки при русі очного яблука вниз;

*симптом Мебіуса* (слабість конвергенції) - порушена здатність фіксувати погляд на

предметі, що повільно наближається до очей;

*симптом Кохера* - з`являється смужка склери між нижнім краєм верхньої повіки та верхнім краєм райдужки при фіксації зором предмета, що переміщується догори; *симптом Еллінека*– посилений блиск очей, потемніння шкіри навколо очей;

Ендокринна система: збільшення і деформація передньої поверхні шиї за ступенями. Залоза помірно ущільнена, гладка, неболюча;

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

* **Наявні проблеми:** - дратівливість; - тремтіння рук; - загальна слабкість;

- витрішкуватість; - серцебиття; - тахікардія; - безсоння; - лабільність настрою тощо.

-**Потенційні проблеми:** - можливе виснаження; можливий розвиток серцевої недостатності тощо.

**- Складемо медсестринський діагноз:**- дратівливість; - тремтіння рук; - загальна слабкість; - витрішкуватість; - серцебиття; - тахікардія; - безсоння; - лабільність настрою, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу –планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, БАК, гормональне дослідження, імунологічне дослідження;

- підготовка пацієнта до радіоізотопного дослідження щитоподібної залози, рентгенографія шиї та грудної клітки;

- створення для пацієнта умов фізичного та психічного спокою;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;

- контроль за дотриманням режиму (залежить від тяжкості захворювання);

- контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти (№15- 5 разів на день, з вмістом достатніх калорій, вітамінів, мінералів; виключають: спеції, шоколад, міцні бульйони, каву, чай);

- допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;

- при гіпертензії - спокій, свіже повітря, гірчичника на потилицю та литкові м`язи;

- при гіпертермії - фізичні методи охолодження, зміна білизни;

- при підвищеній пітливості - обтирати шкіру насухо;

- при екзофтальмі - промивати очі розчином фурациліну, закапувати краплі з антибіотиками та вітамінами, штучною сльозою, фізіологічним розчином;

- психологічна підтримка;

- заспокоєння пацієнта;

- сприяння позитивним емоціям;

**- виконання лікарських призначень:**

- ***консервативне лікування***:

- *антитиреоїдні засоби* (тиреостатики): мерказоліл, тіамазол, метизол, метотирин, метимазол;

- *препарати йоду:* дийодтирозин, йодид-100, йодид-200, карбонат літію, йодомарин;

- *ГКС:* преднізолон, метилпреднізолон;

- *засоби, які пригнічують ЦНС*: рослинного походження (екстракт валеріани сухий, «Дорміплант»; *транквілізатори* (діазепам, медазепам, феназепам); *снодійні*(доксиламін, зопіклон, нітразепам);

- *радіоактивний йод -131*;

- оперативне втручання (при неефективності лікування);

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- навчання пацієнта само-, а його оточення взаємодогляду, надання психологічної підтримки.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання:***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Нормалізація рівня тиреоїдних гормонів в крові.

3. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Ускладнення:**

- ***тиреотоксичний криз*** - виникає частіше у літній період (температура тіла 400 С, сильне потовиділення, пульс-180-200 за 1 хв., артеріальна гіпертензія, посилюється нудота, блювання, пронос, обличчя гіперемійоване, широко розкриті очні щілини; поза пацієнта характерна: лежача, з розкинутими руками, з напівзігнутими ногами; психічне збудження, галюцинації, порушення свідомості.

**Прогноз:**

- своєчасна діагностика та своєчасне лікування дають значний відсоток одужання;

- пацієнти втрачають працездатність при тяжких формах ДТЗ;

- смерть настає від гіпертонічного кризу, СН, токсичного ураження печінки.

**Профілактика:**

* уникнення нервових перенапружень, психічних травм;
* обмеження перебування пацієнта на сонці;
* своєчасне лікування інфекційних захворювань.

***Гіпотиреоз (мікседема)***

***Гіпотиреоз (мікседема)–*** захворювання, яке спричинене зниженням або повним припиненням функції щитоподібної залози.

**Етіологія:**

- опромінення рентгенівськими променями;

- вроджені вади щитоподібної залози;

- метастатичний рак;

- інфекційні захворювання;

- стан після видалення щитоподібної залози;

- ураження гіпофіза або гіпоталамусу;

- гнійні процеси щитоподібної залози;

- травматичні ушкодження щитоподібної залози.

**Класифікація:**

***1. За рівнем ураження:***

А). *Первинний* – внаслідок ураження самої щитоподібної залози (90-95%).

Б). *Вторинний*- зумовлений недостатністю ТТГ гіпофіза.

В). *Третинний* – зумовлений недостатністю тиреотропін-релізинг-гормона гіпоталамуса.

Г). *Периферичний* - у разі недостатності периферичних ефектів тиреоїдних гормонів при достатній їх секреції.

***2. За часом виникнення:***

А).*Вроджений*.

В). *Набутий*: у дитячому і у дорослому віці.

***3. За ступенем тяжкісті:***

А). *Субклінічний* (латентний).

В). *Маніфестний*: легкого, середнього, тяжкого ступеня.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження:***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- сонливість; - млявість; - апатія; - слабкість; - зниження пам`яті; - зниження працездатності; - мерзлякуватість (пацієнти тепло вдягаються); - байдужість;

- схильність до закрепів.

**В. Анамнестичні дані:**

- поступовий початок;

- дія етіологічних чинників;

- іноді - сімейні випадки.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

- пацієнти загальмовані;- шкіра - суха, груба, холодна, лущиться, не збирається в складку; - обличчя - набрякле, одутле, риси його грубі, повіки припухлі, очні щілини звужені (ендофтальм); -шия набрякла; -язик – збільшений; -волосся на голові випадає, рідке, втрачає блиск; - нігті крихкі, посмуговані; - симптом «брудних ліктів» і «брудних рук»; - температура тіла - 35-36 0С; - пульс - брадикардія (50 уд. за 1 хв.);

- АТ знижений; - МТ надлишок; - аналіз крові*:* лейкопенія, анемія, гіперглобулінемія, гіперхолестеринемія

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

* **Наявні проблеми:** слабкість; - гіпотермія; - гіпотензія; - втомлюваність; - апатія; порушення пам`яті; - закрепи тощо.

- **Потенційні проблеми:** - можливий розвиток депресивного стану тощо.

* **Складемо медсестринський діагноз:**слабкість; - гіпотермія; - гіпотензія; - втомлюваність; порушення пам`яті; - закрепи, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу – планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

7. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення заходам профілактики та попередження рецидивів.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, ІДК, гормональні дослідження крові;

- підготовка пацієнта та взяття сечі для лабораторних досліджень: ЗАС;

- підготовка пацієнта до радіоізотопного, УЗ дослідження щитоподібної залози, ЕКГ, ЕхоКГ, рефлексометрії;

- створення зручних та комфортних умов для пацієнта;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;

- контроль за дотриманням режиму (в залежності від тяжкості);

- контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти №15, збагачена вітамінами, кальцієм, білками, з обмеженням жирів, солі, вуглеводів;

- допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;

- при гіпотермії - зігріти пацієнта, до кінцівок прикладати грілку, тепле пиття;

- при слабкості, стомлюваності - спокій, свіже повітря, допомога в пересуванні;

- при закрепах - послаблюючі препарати, очисні клізми;

- при метеоризмі - газовідвідну трубку застосовують;

* **виконання лікарських призначень**:

***медикаментозне:***

- *тиреоїдні препарати* - тиреоїдин, L-тироксин, трийодтиронін; комбіновані препарати (тиреокомб, тиреотом);

- *вітаміни групи В, А, Е;*

*- симптоматичне лікування* (серцеві глікозиди - при уражені міокарда, β-адреноблокатори, препарати заліза - при анемії тощо).

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання:***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень,

рецидивів.

**Прогноз:**

- хвороба триває роками;

- адекватне лікування поліпшує її прогноз;

- прискорюється розвиток атеросклерозу.

**Профілактика:**

- необхідно усунути причини, що спричиняють хворобі: уникати травм, надмірного рентгенівського радіаційного опромінення, своєчасного лікування інфекційних хвороб;

- усі пацієнти перебувають на «Д» обліку.

***Ендемічний зоб***

***Ендемічний зоб –***захворювання, яке характеризується збільшенням щитоподібної залози і зустрічається в певних місцевостях (деякі регіони Волинської, Рівненської, Івано-Франківської, Львівської, Київської, Чернівецької, Житомирської областей та окремі райони Криму, а також в Карпатах, на Кавказі, Алтаї, Памірі, в Африці, Південній Америці, Нідерландах, Індонезії).

За оцінкою ВООЗ та ЮНІСЕФ, загальна кількість населення, що проживає в йододефіцитних регіонах, становить понад 1,5 млрд. осіб. Пацієнтів на ендемічний зоб на земній кулі нараховується близько 200 млн, ще у 3 млн діагностується ендемічний кретинізм.

Добова потреба організму в йоді становить 200-220 мкг. Населення ендемічних регіонів отримує лише 20-80 мкг йоду на добу.

**Етіологія:**

- недостатність йоду в грунті, воді, продуктах харчування.

***Сприятливі:***

- спадковість;

- недостатнє харчування;

- гіповітаміноз;

- фізичні перенапруження;

- недостатнє надходження в організм - міді, брому, кобальту;

- співвідношення Ч і Ж = 1:6-8 у разі легкої, а при тяжкій - 1:1- у разі тяжкої, уражаються всі вікові групи.

**Класифікації:**

***За ступенем збільшення щитоподібної залози:***

*0* - відсутність зоба;

*ІА* - зоб визначається пальпаторно і невидимий при повністю відхиленій голові;

*ІВ* - зоб палькується і видимий при повністю відхиленій голові;

*ІІ* - зоб видимий при звичайному положенні голови;

*ІІІ* - великий зоб, який можна розпізнати на відстані.

***За макроскопічними формами:***

- дифузний;

- *вузловий*;

- *змішаний* (дифузно- вузловий).

***За функціональним станом щитоподібної залози:***

- *еутиреоїдний*;

- г*іпотиреоїдний*;

- *гіпертиреоїдний* (рідко);

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- І ступінь - відсутні; - ІІ ступінь - порушення ковтання, хриплість голосу, відчуття стороннього тіла (із-за збільшення щитоподібної залози), - ІІІ ступінь – збільшена щитоподібна залоза заважає при ходьбі.

**В. Анамнестичні дані:**

- початок непомітний;

- перебування в певних місцевостях;

- сімейні випадки ЕЗ.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

**-**збільшення щитоподібної залози - при огляді та пальпації

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

- **Наявні проблеми:** - утруднене дихання; - утруднене ковтання; - деформація шиї тощо.

- **Потенційні проблеми:** - можливе порушення ковтання тощо.

**- Складемо медсестринський діагноз:**- утруднене дихання; - утруднене ковтання;

- деформація шиї, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу – планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємодопомоги.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

* підготовка пацієнта та взяття крові для гормонального дослідження;
* підготовка пацієнта та взяття сечі для біохімічного аналізу;
* підготовка пацієнта до інструментальних обстежень: УЗД, рентгенографії

радіоізотопного сканування щитоподібної залози;

* О-І ступенях збільшення щитоподібної залози – не потрібні втручання; проводять профілактичні заходи;
* ІІ-ІІІ ступенях збільшення щитоподібної залози - створення зручних та комфортних умов для пацієнта;
* постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;
* контроль за дотриманням режиму (загальний);
* дієта №15, ендемічних районах - йодована сіль, їжа рідка та напіврідка;
* допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;
* при задишці – напівсидячи положення, звільнення грудної клітки від стискаючого одягу, доступ свіжого повітря, оксигенотерапія;

**виконання лікарських призначень**:

**-**тиреоїдні препарати - тиреоїдин, L-тироксин, трийодтиронін; комбіновані препарати (тиреокомб, тиреотом);

- препарати йоду: йодид-100, йодид-200, йодомарин, антиструмин;

- полівітаміни;

- оперативне втручання – резекція щитоподібної залози;

- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;

- санітарно-освітня робота з пацієнтом та його оточенням щодо причин захворювання, його суті та профілактичних заходів, направлених проти її прогресування.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання:***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Прогноз:**

* здебільшого сприятливий

**Профілактика:**

1. ***Масова:***

- в ендемічних зонах – споживання йодованої солі, йодованого молока;

- йодування кормів для тварин;

- випускають продукти з додаванням сухого порошку морської капусти.

1. ***Індивідуальна*:** передбачає як споживання продуктів зпідвищеним вмістом йоду (морської риби, морепродуктів), так і використання препаратів йоду (антиструмін, йодиду -100, йодиту-200, полівітамінів з мінеральними добавками) дітям, підліткам, вагітним, членам родини з обтяженим родинним анамнезом, особам, які тимчасово проживають у певних регіонах;
2. ***Групова:***передбачає призначення препаратівйоду під контролем спеціалістів у групах найбільшого ризику розвитку захворювань (дітям, підліткам, вагітним, матерям, які годують немовлят а також централізовано питної води в ендемічних зонах).

***Цукровий діабет***

**Цукровий діабет-**це хронічне захворювання, яке характеризується порушенням вуглеводного обміну, обумовленим абсолютною або відносною недостатністю інсуліну, яке виявляється порушеннями всіх видів обміну речовин і патологічними змінами в різних органах і системах.

Серед ендокринних захворювань займає 1 місце, невпинно прогресує у всьому світі і в Україні, за рахунок збільшення хворих усіх вікових груп. В Україні прийнята президентська програма «Цукровий діабет» , яка направлена на профілактику, своєчасну діагностику і лікування захворювання. Захворювання відноситься до невиліковних контрольованих. За відсутності контролю призводить до стійкої втрати працездатності, ранньої інвалідизації і смерті хворих. Епідеміологічні дослідження цукрового діабету в Україні свідчать про постійне збільшення числа хворих. Зокрема, в 2012 році було зареєстровано 1 311 335 хворих на цукровий діабет, а його поширеність склала 2 885 хворих на 100 тис. населення. Проте, фактично поширеність ЦД у 3-4 рази вища.

**Етіологія:**

* ушкодження підшлункової залози (пухлини, запалення, травми, операції, склероз судин підшлункової залози);
* переїдання;
* вірусні захворювання;
* спадковість;
* стресові стани;
* тривале перевантаження солодощами.

**Класифікації:**

Єдиної загальноприйнятої класифікації цукрового діабету не існує. Комітет експертів ВООЗ по цукровому діабету пропонував користуватися наступною класифікацією:

***І. Клінічні класи:***

1. Цукровий діабет інсулінозалежний - тип 1.

2. Цукровий діабет інсулінонезалежний - тип 2.

- у пацієнтів з нормальною масою тіла;

- у пацієнтів з ожирінням.

***3. Цукровий діабет, пов'язаний з недостатнім харчуванням.***

***4. Інші типи цукрового діабету, які виникли внаслідок***:

А. захворювань підшлункової залози;

Б. хвороб гормональної природи;

В. станами, які викликані лікувальними або хімічними речовинами;

Г. пошкодження рецепторів до інсуліну;

Д. генетичні синдроми;

Ж. змішані причини.

***5. Порушення толерантності до глюкози ( раніше мав назву латентний діабет )***

а) у осіб з нормальною масою тіла;

б) у осіб з ожирінням;

в) пов’язані з іншими синдромами.

***6. Діабет вагітних.***

***ІІ. Достовірні класи ризику (раніше мав назву переддіабет ).***

А) особи з нормальною толерантністю до глюкози, але значно високим ризиком виникнення цукрового діабету;

Б) особи з попередніми порушеннями толерантності до глюкози.

***ІІІ. За ступенями тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.***

***ІY. За станом компенсації: компенсований (при нормальному обміні речовин ) і декомпенсований .***

***Y. По наявності ускладнень:***

А). Ангіопатії (мікроангіопатії і макроангіопатії ).

Б). Нейропатії.

***YІ. Ураження інших органів і тканин: катаракта, гепатопатія, дерматопатія тощо.***

***YІІ. Гострі ускладнення (коми ):***

А). Гіперкетонемічна кома.

Б). Гіперосмолярна кома.

В). Гіперлактацидемічна кома.

Г). Гіпоглікемічна кома.

Порушення толерантності до глюкози – рівень глюкози в крові натще нормальний, через 2 години після цукрового навантаження – підвищення вмісту глюкози в крові вище 11 ммоль/л в капілярній або венозній крові.

***Клінічна картина залежить від ступеню тяжкості:***

А). *легка ступень* – слабко визначені клінічні прояви, ступень гіперглікемії і глюкозурії не високий (9.99 ммоль\л натще).

Б). *середньої тяжкості* – більше визначенні клініко-лабораторні дані, які не зникають після лікування дієтою і потребують застосування інсуліну ( до 60 ОД на добу ) або цуркознижувальних препаратів.

В). *тяжка ступень* – значно визначенні клініко-лабораторні дані, які потребують застосування інсуліну більше, як 60 ОД на добу.

***Компенсований діабет*** – нормоглікемія, відсутність глюкозурії, задовільне самопочуття, маса тіла не знижується, збережена працездатність.

***Декомпенсований діабет*** – анорексія, нудота, блювання, гіперглікемія, глюкозурія.

Цукровий діабет характеризується полідепсією, поліурією, ніктурією, поліфагією, гіперглікемією. Характерним для цукрового діабету також є втрата маси тіла, спрага, сухість у роті, слабкість, кволість, пародонтоз, повільне загоєння ран, свербіж шкіри, фурункульоз, біль у ногах.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження:***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методи обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:**

- відчуття постійної спраги (полідипсія); - збільшення діурезу (поліурія); - підвищений апетит (поліфагія); - сухість у роті; - втрата маси тіла; - загальна слабкість; - свербіж шкіри.

**В. Анамнестичні дані:**

- часті інфекції; - поступовий початок хвороби; - хвороба спостерігається серед родичів пацієнта; - пацієнт звертається до лікаря з приводу болів в ділянці серця, зниженя зору, гнійничкових уражень тощо; - після лабораторних досліджень підтверджують ЦД

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

- схуднення (ЦД І типу);

- сухість шкірних покривів, сліди розчухів, фурункульоз, гангрена;

- рум’янець на щоках;

- атрофія м`язів;

- потовщення ступні;

- послаблення пульсації на артерії ступні;

- АТ підвищений;

- інсулінова ліподистрофія;

- набряки;

- стоматити, гінгівіт, пародонтоз;

- на гомілках - щільні не болючі червоно-фіолетові вузлики;

- деформація кісток, суглобів;

- ураження серця,органів дихання, нирок, НС.

**Діагностика цукрового діабету:**

- основана на типовій клінічній картині і лабораторних даних. Сімейний лікар запідозрює діагноз, видає направлення на лабораторне обстеження амбулаторно або стаціонарно: аналізі крові на вміст глюкози натще, з цукровим навантаженням, аналіз сечі, ЕКГ, печінкові проби. Необхідні консультації - кардіолога, нефролога, невропатолога, окуліста, хірурга, заключний висновок ендокринолога.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

**Наявні проблеми:** - відчуття спраги (полідипсія); - збільшення діурезу (поліурія); - підвищений апетит (поліфагія); - сухість у роті; - втрата маси тіла; - загальна слабкість; - свербіж шкіри тощо.

- **Потенційні проблеми:** - можливість виникнення коматозного стану; гангрени нижніх кінцівок тощо.

**- Складемо медсестринський діагноз:**- відчуття спраги (полідипсія); - збільшення діурезу (поліурія); - підвищений апетит (поліфагія); - сухість у роті; - втрата маси тіла; - загальна слабкість; - свербіж шкіри, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу – планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження.

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.

4. Виконання лікарських призначень.

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

- підготовка пацієнта та взяття крові на ЗАК, БАК, на цукор, глюкозотолерантний тест, глікозильований гемоглобін (Hb2α);

- підготовка пацієнта до проведення ЕКГ, обстеження очного дня, УЗД

підшлункової залози;

- створення для пацієнта умов фізичного та психічного спокою;

- постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок ps, ЧДР;

- допомога в дотриманні пацієнтом правил особистої гігієни;

- сприяння фізичній активності пацієнта ( при глікемії<15 ммоль/л);

- дієта № 9 ( обмеження вуглеводів і жирів). Режим харчування - через 30 хв. після введення цукрознижувальних препаратів. Цукор замінюється сорбітом, ксилітом або фруктозою. Рекомендуються : чорний хліб, гречана, вівсяна крупи, білокачанна, цвітна капусти, помідори, кабачки, огірки, шпинат, лимон, журавлина, брусниця, гранат, продукти багаті на клітковину. Обмежити буряк і моркву до 250 г/добу, картоплю до 300 г., гриби до 100 г.. зелені треба вживати якомога більше.

При ЦД І типу - перш за все треба знизити МТ. Перевага надається крупам, крім рису, дозволяється мед;

- при свербіжі шкіри- поперемінно теплі і холодні обтирання;

- при ураженнях слизової рота – теплі полоскання (відвар шавлії, ромашки),

утримання від твердої їжі та гарячих страв;

- при частому сечовипусканні та свербіжі зовнішніх статевих органів - регулярне підмивання.

* **Виконання лікарських призначень*:***
* **При І типі ЦД**- замісне лікування препаратами інсуліну:
* *ультракороткої дії*(початок дії через 3-4 хв. після введення, пік-40-60хв., тривалість дії-2-3 год.)- новорапід, гумалог;
* *короткої дії* (початок дії через 15-30 хв., пік-1,5-3 год., тривалість дії-4-6 год.)—актрапід МС, актрапід НМ, хумодар Р, фармасулін;
* *середньої тривалості* дії ( початок дії через 1-2 год.. після введення , пік 4-9 год., тривалість дії 12-18 год.) - хумодар Б, монодар Б, протафан НМ;
* *тривалої дії* (початок дії через 5-6 год., після введення, пік дії-10-18 год., тривалість дії-20-26 год.) ультратард НМ, інсулін Лантус;

- суміш інсулінів: хумодар К25, К50, мікстард 30 НМ.

- ***Пероральні цуркознижувальні препарати:***

- *похідні сульфанілсечовини*: гліквідон (глюренорм), гліклазид (діамікрон, діабетон, предіан), гліпізид (мінідіаб), глімепірид (амарил);

- *бігуаніди:* диметилбігуанід (метроформін, глюкофаг);

- *інгібітори а-глюкозидази*: акарбоза (глюкобай);

- *регулятори постпрандіальної глікемії*: репаглінід (новонорм), натеглінід (старлікс);

- *тіозолідинедіоніни та агоністи РРА*: розиглітазон (авандія);

- *ангіопротектори:* пентоксифілін, ксинтинолу ніктотинат, нафтидрофурил;

- *антиагреганти*: ацетилсаліцилова кислота, дипіридамол, тиклопідин;

- *антикоагулянти*: гепарин, фраксипарин;

- *ліполіпідемічні засоби:* аніонообмінні смоли, фібрати (ліпанор), статини

(ловастатин);

- *антиоксиданти:* токоферолу ацетат, а-ліпоєва кислота;

- *вітаміни групи В*: тіамін, піридоксин.

- **При ІІ типі ЦД:**

- низькокалорійна дієта.

- ***Медикаменти:***

- пероральні цуркознижувальні препарати- головним чином, похідні сульфанілсечовини:

- *сульфаніламідні*: манініл, орабет;

- *бігуаніди*: адебіт, метформін і фенформін;

- *інсулінолікування*;

- лікування діабетичних ускладнень.

- Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

- Навчання пацієнта та його оточення суті захворювання, правилам харчування та фізичної активності; самостійному корегуванню доз інсуліну в залежності від глікемії та способу життя; правилам введення медикаментів, контролю за рівнем глікемії. Психологічна підтримка активізації саногенних механізмів організму, успішної адаптації пацієнта до нових умов життя.

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання:***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Нормалізація рівня глюкози в крові.

3. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Ускладнення:**

***1. Ураження окремих*** ***органів і тканин:***

Ураження шкіри - підвищений вміст глюкози в шкірі веде до розвитку гнійничкових і грибкових захворювань шкіри. Порушується трофіка тканин - інтенсивне ороговіння шкіри, потовщення нігтів.

***2. Ураження судин (діабетична ангіопатія):***

- Капілярів нефрону нирок – нефропатія (в 90% випадків), проявляється протеїнурією, гіпертензією, азотемією, набряками. Перебігає в три стадії: пренефротична, нефротична і нефросклеротична. У фінальній стадії – набряки всього тіла, високі позначки гіпертензії, серцева недостатність, крововиливи у мозок, діабетична енцефалопатія. Діабетична енцефалопатія виявляється головними болями, підвищеною дратівливістю, порушеннями пам’яті і сну.

- Капілярів сітківки очей - ретинопатія ( 30-90% ), виявляється прогресуючим падінням гостроти зору аж до сліпоти.

- Капілярів нижніх кінцівок (периферічна ангіопатія) - виявляється порушеннями трофіки, розвитком гангрени із втратою кінцівки.

- Капілярів периферічних нервових стовбурів (черепно-мозкові, нерви парасимпатичної і симпатичної ВНС ) - нейропатія, яка виявляється відчуттям болю, парестезіями, порушеннями моторно-секреторної функції внутрішніх органів.

- Вінцевих судин - розвиток міокардодистрофії, ІХС. Інфаркти міокарду при цукровому діабеті характеризуються атиповим безбольовим початком з тяжким перебігом.

***3. Ураження дихальної системи*** – трахеїти, пневмонії з тяжким деструктивним перебігом, схильність до туберкульозу легень (відносять до групи ризику).

***4. Ураження травного каналу*** – гастрити із зниженою секреторною функцією, можливі проноси і закрепи. Жирова і білкова дистрофія печінки.

***5. Ураження сечовидільної системи*** – цистіти, пієлонефрити, які часто

ускладнюються уросепсисом і приводять до декомпенсації перебігу цукрового діабету.

***6. Ураження статевї системи –*** імпотенція у чоловіків, безпліддя і

недоношування плоду у жінок.

***До гострих ускладнень цукрового діабету*** відносять коматозні стани. Розрізняють три різновиди коми в залежності від виду гострого порушення обміну речовин – кетоацидотичну, гіперосмолярну, лактоцидотичну.

***Кетоацидотична (гіперглікемічна, діабетична)*** – виникає внаслідок різкого підвищення вмісту глюкози у крові. В патогенезі відіграють роль гіперглікемія, гіперкетонемія з розвитком метаболічного ацидозу, дегідратацією організму.

*Чинники, які сприяють розвитку коми*: недостатнє введення інсуліну, нелікований ЦД, травми, вагітність і пологи, операції, перенесені інфекційні захворювання, голодування, зловживання алкоголем.

Початок поступовий на протязі двох – трьох днів із загального нездужання, зниження апетиту, посилення спраги, нудоти і блювання, болів у животі. Потім приєднуються сонливість і втрата свідомості. Шкіра гіперемійована, суха, запалі очні яблука (м’які при натисканні), запах ацетону із роту. Дихання прискорене, поверхневе, шумне (типу Куссмауля), шум тертя плеври. Тони серця приглушені. АТ і тонус м’язів знижений. Можливо поява блювання «кавовою гущею» і перитоніальних симптомів. Гіперглікемія сягає 30 ммоль\л і більше, поліурія змінюється на олігурію.

*Невідкладна допомога:*розпочинається із введення простого інсуліну не більше 20 ОД в режимі малих доз – 4 одиниці на 100 мл.фіз. розчину в/в крапельно не більше 14 ОД за годину.

***Гіпоглікемічна кома***.*Чинники, які сприяють розвитку коми*: здебільшого зумовлена передозуванням інсуліну, фізичним перенавантаженням або порушенням режиму харчування. Має гострий початок та наявні передвісники: серцебиття, нудота, запаморочення, головний біль, підвищене потовиділення, відчуття голоду, страху, тремтіння рук, тривоги, парестезії, порушення зору. Пацієнт стає збудженим, агресивним, з`являються судоми, афазія, порушення ковтання. За відсутності належних заходів по усуненню гіпоглікемії настає кома. Відмічається блідість та підвищена вологість шкіри, рівномірне і поверхневе дихання, тахікардія або брадикардія. У таких пацієнтів тонус очних яблук звичайний, АТ у нормі або підвищений, спостерігають підвищений мязовий тонус, іноді – судоми. Відсутній запах ацетону з рота, немає ознак дегідратації. При лабораторній діагностиці виявляють: глікемію менше 2,5 ммоль/л, відсутність кетонемії, глюкозурії, кетонурії. Стан загрозливий для життя і потребує **негайної терапії** – 20-30 г. шоколаду, цукру, солодкого чаю, меду якщо хворий при свідомості. Якщо хворий без свідомості - вводять 40-60мл 40% глюкози в/в. При відсутності ефекту, глюкозу уводять повторно. Якщо ж пацієнт не опритомнів, то застосовують 0,5-1 мл 0,1% розчину адреналіну п/ш та 1-2 мл глюкагону в\м. У тяжких випадках вводять в/в краплинно 5%мрозчин глюкози для нормалізації глікемії. Водночас пацієнту вводять 75-100 мг гідрокортизону (або 30-60 мг преднізолону), 100 мг кокарбоксилази, 5 мл 5% розчину аскорбінової кислоти (додають у крапельницю до розчину глюкози). За наявності набряку головного мозку в/в вводять лазикс, манітол.

***Гіперосмолярна кома***– виникає у хворих віком понад 50 років внаслідок зневоднення організму (блювання, прийом сечогінних препаратів, мозкові інсульти і інфаркти міокарду ). Перебіг коми тяжкий, майже завжди закінчується смертю хворого.

***Лактоцидотична кома*** – виникає край рідко у хворих похилого віку при накопиченні в організмі молочної кислоти після тяжких фізичних навантажень, при захворюваннях печінки, нирок, серця, після кровотеч. Розвивається швидко і закінчується анурією і загибеллю хворого.

***Тактика м/с при підозрі у хворого цукрового діабету*** – відправити хворого на дообстеження і лікування у сімейного лікаря ендокринолога.

При цукровому діабеті 1 типу – інсулінотерапію. Розрахунок необхідних доз і кратності введення проводить лікар ендокринолог. Задачі м/с при проведенні інсулінотерапії слідкувати за правильністю введення препарату. Показаннями для призначення інсуліну є цукровий діабет середнього і тяжкого ступеню, декомпенсація хвороби, виснаження, дитячий і юнацький цукровий діабет, неефективність іншого лікування, при виражених ускладненнях.

**Профілактика:**

1. Уникнення нервових перенапружень, психічних травм.

2. Постійне дотримування дієтичного режиму.

3. Уникання переїдання.

4. Боротьба з зайвою вагою.

***Ожиріння***

***Ожиріння***– це захворювання при якому надлишковий накопичений жир у тілі несприятливо впливає на стан здоров’я, призводячи до зменшення середньої тривалості життя та/або появи проблем зі здоров’ям. Людину вважають хворою на ожиріння, якщо індекс маси тіла (ІМТ), показник, який можна обрахувати розділивши вагу людини у кілограмах на зведений у квадрат зріст людини в метрах, перевищує 30 кг/м2

|  |  |
| --- | --- |
| **ІМТ** | **Класифікація** |
| < 18,5 | недостатня вага |
| 18,5–24,9 | нормальна вага |
| 25,0–29,9 | надлишкова вага |
| 30,0–34,9 | ожиріння I ступеню |
| 35,0–39,9 | ожиріння II ступеню |
| ≥40,0 | ожиріння III ступеню |

* Будь який ІМТ ≥35 або 40 називається «серйозним ожирінням»
* ІМТ ≥35 або 40–44,9 чи 49,9 називається «патологічним ожирінням»
* ІМТ ≥45 або 50 називається «надморбідним ожирінням»
* **Смертність**

Ожиріння являється однією з головних причин передчасної смерті у всьому світі. Під час широкомасштабних американських і європейських досліджень було виявлено, що ризик смертності мінімальний при ІМТ 20-25 кг/м для людей, які не палять, і 24–27 кг/м2 для курців. Зі зміною показника ІМТ у будь-яку сторону ризик збільшується. ІМТ, що перевищує 32, зв’язують з подвійним рівнем смертності серед жінок за період протягом 16-річного періоду. За підрахунками, в Сполучених Штатах ожиріння спричиняє зростання з 111 909 до 365 000 смертей на рік,водночас у Європі 1 мільйон (7,7%) смертей зв’язують з надлишковою вагою. В середньому, ожиріння призводить до скорочення середньої тривалості життя на строк від шести до семи років. Якщо показник ІМТ складає 30-35, середня тривалість життя зменшується на строк від двох до чотирьох років,а при крайньому ступені ожиріння (ІМТ>40) середня тривалість життя зменшується на 10 років

Український науково-дослідницький інститут харчування, провівши дослідження цієї проблеми, виявив, що 22% українців страждають на ожиріння. Чим більша маси тіла, тим більше ймовірність розвитку таких тяжких захворювань, як цукровий діабет, атеросклероз, ІХС, вторинна артеріальна гіпертензія, цукровий діабет ІІ типу, синдром обструктивного апное сну, деякі види онкологічних захворювань раку, остеоартриту та астми.

**Етіологія:**

Частіше всього ожиріння виникає внаслідок споживання їжі з високою енергетичною цінністю (калорійністю) у поєднанні з недостатньою фізичною активністю і фактором генетичної сприйнятливості, хоча в поодиноких випадках спостерігалось виникнення захворювання на тлі генетичних, ендокринних порушень, прийому медикаментів або психіатричних розладів. Існує недостатньо доказів того, що деякі люди з ожирінням їдять мало, проте набирають зайву вагу, завдяки сповільненому обміну речовин; загалом, огрядні люди витрачають більше енергії, ніж худорляві, тому що для підтримання життєдіяльності тіла зі збільшеною масою треба витрачати більше енергії.

**Класифікації:**

***За походженням:***

**І - первинне ожиріння:**- *аліментарно-конституційне*; *генетичні синдроми поєднанні з ожирінням*

**ІІ - вторинне ожиріння:** - *гіпоталамо-гіпофізарне* (пухлини, запалення, травми та наслідки операцій); - *ендокринне*(гіпотиреоз, синдром Іценко-Кушинга;

- *церебральне* (травма черепа, енцефаліт, підвищення внутрішньочерепного тиску)

***За ступенем ожиріння:***

*І* - фактична маса тіла перевищує ідеальну на 15-29%;

*ІІ* - надлишок маси тіла становить 30-49 %;

*ІІІ* - надлишок маси тіла становить 50-99 %;

*ІY*- фактична маса тіла перевищує ідеальну на 100 % і більше.

***Стадія ожиріння:***

* *прогресуюча;*
* *стабільна.*

***Ступені тяжкості:***

* *легкий* - відсутність скарг, іноді головний біль, стрії, ожиріння І ступеня, транзиторна АГ;
* *середньої тяжкості*- часті головні болі**,**транзиторна АГ, порушення менструального циклу, численні стрії, статевий розвиток сповільнений або прискоренний, фолікуліт, ціаноз, ожиріння І- Ііступенів;
* *тяжкий*- численні скарги, стійка АГ,розлади функцій статевих залоз, пігментація реґіонарна шкіри, раннє посивіння волосся, тиреоїдит аутоімунний, ожиріння ІІІ- ІY ступенів.

**Медсестринський процес:**

***І етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.***

Збирання інформації ведеться суб’єктивними, об’єктивними та додатковими методами обстеження.

***Суб’єктивні методами обстеження:***

**А.** **Скарги пацієнта:** (при І і ІІ ступені ожиріння скарг у пацієнта немає).

При *ожирінні ІІІ та ІY ступенів* будуть скарги:

* на підвищення маси тіла; - задишка (спочатку при фізичному навантаженні);швидку стомлюваність; - загальна та м`язева слабкість; - зниження працездатності; - закрепи; - метеоризм; - посилений апетит; - дратівливість; - лабільність настрою, часто депресія; - порушення менструального циклу.

**В. Анамнестичні дані:**

- порушення режиму харчування;

- наявність хвороб ендокринної системи;

- хвороба спостерігається серед родичів пацієнта;

- відсутність фізичного навантаження.

**С. Об’єктивні методи обстеження:**

- нерівномірне або рівномірне відкладання жиру (у ділянці живота, сідниць, стегон) –«рейтузний» тип ожиріння;

- стрії (смуги розтягнення на різних ділянках тіла (животі, стегнах, молочних залозах, плечах, під колінами);

- зміни шкіри – сальність, попрілості, фурункульоз;

- задишка;

- збільшення маси тіла;

- у дівчаток – передчасне формування вторинних статевих ознак; виражений ріст волосся на верхній губі;

- у хлопчиків - ріст вусів і бороди запізнюється, гінекомастія;

- артеріальна гіпертензія;

- ураження ендокринної та нервової систем;

*- аналіз крові****:***підвищений вміст холестерину, ліпідів, дисліпопротеїнемія, гіперглікемія, порушення тесту толерантності до глюкози;

- високу інформаційну цінність має зниження рівня 11-ОКС в крові і підвищення екскреції 17- ОКС з сечою.

***ІІ етап сестринського процесу - медсестринська діагностика:***

* **Наявні проблеми:** - на підвищення маси тіла; - задишка (спочатку при фізичному навантаженні); - швидку стомлюваність; - загальна та м`язева слабкість; - зниження працездатності; - закрепи; - метеоризм; - посилений апетит; - дратівливість; - лабільність настрою, часто депресія тощо.

- **Потенційні проблеми:** - можливість виникнення гіпертензії, стенокардії, інфаркту міокарда тощо.

**- Складемо медсестринський діагноз:**- на підвищення маси тіла; - задишка (спочатку при фізичному навантаженні); - швидку стомлюваність; - загальна та м`язева слабкість; - зниження працездатності; - закрепи; - метеоризм; - посилений апетит; - дратівливість; - лабільність настрою, часто депресія, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

***ІІІ етап сестринського процесу – планування медсестринських втручань:***

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Підготовка пацієнта до інструментальних методів обстеження

3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем

4. Виконання лікарських призначень

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання пацієнта та оточуючих само- та взаємо-допомоги

***ІY етап сестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду:***

* підготовка пацієнта та взяття крові на гормональне дослідження, для біохімічного дослідження, на загальний білок, білкові фракції, холестерин;
* взяття сечі на БАС;
* підготовка пацієнта до ЕКГ, рентгенографія черепа, комп’ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії;
* постійний контроль за самопочуттям та об’єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;
* режим з підвищеною фізичною активністю;
* контроль та допомога у дотриманні пацієнтом дієти №8 (обмеження жирів тваринного походження і вуглеводів, але повноцінно щодо білків та вітамінів; лікувальне голодування;
* допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни;
* при підвищеній пітливості – обтирати шкіру насухо;
* при задишці – прогулянки на свіжому повітрі;
* допомога пацієнтові при фізичних навантаженнях;
* при гіпертензії - спокій, свіже повітря, гірчичники на потилицю, литкові м`язи;

**виконання лікарських призначень:**

***консервативне лікування:***

* при відсутності ефекту від лікування дієтою, призначають медикаментозне лікування:
* *засоби для пригнічення апетиту*: мазиндол, флуоксетин, фенілпро-паноламін;
* *засоби, які пригнічують адсорбцію компонентів їжі*: глюкобай, акарбоза, орлістат;
* *засоби, які посилюють термогенез і активність метаболічних процесів*: сибутрамін;
* *препарати тиреоїдних гормонів*: L-тироксин.

**фізичні методи лікування:**

* ЛФК;
* масаж;
* родонові та морські ванни;
* сауна;
* душ Шарко;
* оперативне втручання (зменшення розміру шлунка);
* вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
* навчання пацієнта само-, а його оточення взаємо догляду ;
* бесіда з оточенням про надання психологічної підтримки пацієнтові, активізацію внутрішніх сил на одуження;
* санітарно-освітня робота з пацієнтом та його оточеням щодо проблем ожиріння;
* санаторно-курортне лікування (Хмільник, Сочі, Одеса, Кисловодськ, Єсентуки, Немирів).

***Y етап сестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання:***

1. Поліпшення самопочуття та об’єктивного стану пацієнта.

2. Відновлення працездатності.

3. Корекція медсестринських втручань у випадку виникнення ускладнень.

**Профілактика:**

* виключення із раціону алкоголю, солодощів;
* дотримання режиму харчування;
* включення в раціон овочів, морських продуктів, олії, сиру;
* дотримання дієти з розвантажувальними днями, голодуванням (під контролем лікаря);
* дозоване фізичне навантаження (плавання, фізичні вправи, ходьба).

**Література:**

1. Середюк Н.М. Внутрішня медицина.- К.: Медицина, 2006.
2. Шегедин М.Б. Медсестринство в терапії.- Видавнича фірма: Відродження, 2006.
3. Єпішин А.В. Внутрішні хвороби.- Т.: Укрмедкнига, 2005.
4. Демченко О.К. Медсестринство в терапії.- К.: Здоров`я, 2001.
5. Пасєчко Н.В., Лемке М.О., Мазур П.Є. Основи сестринської справи.- Т.: Укрмедкнига, 2002.
6. Губенко І.Я., Шевченко О.Т. Медсестринський процес. - К.: Здоров`я, 2001.
7. Паращак Г.П. Внутрішні хвороби. - К.: Здоров`я, 1994.
8. Наказ МОЗ України від 19 березня 2007 р. №128 «Протокол надання медичної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легень»
9. Наказ МОЗ України від 27 червня 2013 року №555 «Про затвердження адаптованої клінічної настанови «Хронічне обструктивне захворювання легені»»
10. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 03.03.2016 № 164 «Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST»
11. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Артеріальна гіпертензія»
12. Протокол надання медичної допомоги хворим із хронічною серцевою недостатністю на основі Класифікації Українського наукового товариства кардіологів (2000 р.) та наказу МОЗ України № 354 від 14.02.2002 року.
13. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271 «Протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний гастрит»
14. Чинний наказ МОЗ України від 03.09.2014 р. № 613 «Уніфікований клінічний протокол (первинної, вторинної спеціалізованої) медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих»
15. Наказ Міністерства охорони здоров’я України 11.04.2014 № 263 “Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Ревматоїдний артрит» ”