

Лекція №5.

Тема: «Лікування хворого в хірургічному відділенні. Діагностика хірургічних захворювань».

План лекції.

1. Загальні поняття про мед сестринську діагностику та обстеження пацієнта.
2. Загальноклінічні методи обстеження хворих.
3. Додаткові методи обстеження .
4. Інструментальні та апаратні методи дослідження .
5. Підготовка хворого до спеціальних досліджень .
6. Участь медичної сестри в обстеженні та оформленні відповідної документації.

1.Актуальність теми:

Важливою ланкою в процесі навчання і формування медичної сестри є бездоганне знання методики обстеження хірургічного хворого та вміння його проводити. Кожному студенту необхідно засвоїти тверде правило- будь-якого хворого обстежувати в найсуворішій послідовності, по системно. Слабкі знання пропедевтики хірургічних захворювань, нехтування правилами

послідовності, етапності, нерозуміння основної ідеї цієї роботи є великим недоліком у підготовці медичної сестри.

Однак ретельно, скрупульозно проведене обстеження хворого із застосуванням добре відпрацьованої, послідовної методики забезпечує найточніше і швидке розпізнавання суті патологічного процесу.

Зміст лекційного матеріалу.

Лікування хворого в хірургічному відділенні. Діагностика хірургічних хвороб .

I. Короткі відомості про мед сестринську діагностику та обстеження пацієнта.

Обстежуючи хворого, спостерігаючи та доглядаючи за ним, потрібно обережно та уважно ставитись до нього як до особи, щадити його психіку, заспокоювати та підбадьорювати надією на швидке одужання. Слід пам'ятати, що необережне, необдумане слово медичної сестри впливає на хворого дуже негативно. “Рана, заподіяна словом, довго або зовсім не загоюється” (С.П. Боткін).

Медсестринська діагностика та обстеження пацієнта є послідовним і динамічним процесом збору і аналізу даних про стан здоров'я пацієнта і складається із:

- 1) виявлення основних скарг;
- 2) з'ясування історії теперішньої проблеми (як розвивалася теперішня проблема);

- 3) збору анамнезу (розвиток захворювання, алергічні реакції, нещасні випадки, які медикаменти приймає і які методи лікування застосовує та ін.);
- 4) з'ясування історії сім'ї, складання генограм;
- 5) загального огляду пацієнта (загальне оцінювання поведінки, вираз обличчя, стан свідомості, мислення, нервово-психічний розвиток, його відповідність віку та ін.):
- 6) обстеження систем: дихальної, серцево-судинної, нервової, органів травлення, нирок сечовидільної системи, ендокринної, опорно-рухового апарату (пальпація, перкусія, аускультация, місцевий огляд;
- 7) лабораторного та інструментального досліджень.

II. Загальноклінічні методи обстеження хворих.

Суб'єктивне обстеження.

Паспортна частина.

При цьому з'ясовують прізвище, ім'я, по батькові; вік; освіту; національність; сімейне становище; професію, в якій установі, підприємстві працює, на якій посаді чи домогосподарка, пенсіонер; місце проживання; дату госпіталізації.

Якщо стан хворого тяжкий і він не може говорити (різкий біль, сильна задишка, кровохаркання, значна слабкість тощо), треба розпитати тільки про ті відомості, які відомі лише йому. Розпитувати тяжкого хворого слід у такій формі, щоб він відповідав одним словом або знаком, стверджувальним чи заперечувальним.

Якщо хворий перебуває в непритомному стані або втратив мову, потрібно розпитати родичів чи інших осіб, які доставили хворого, або ж без попереднього розпитування провести його об'єктивне обстеження.

У разі раптового захворювання, тяжкої травми треба швидко провести коротке опитування, зібрати найнеобхідніші відомості, бо стан хворого може погіршитись і розпитування виявиться неможливим.

Основні скарги хворого. Спочатку з'ясовують головні, або провідні, скарги, детально виявляють їх характер. Вивчення основних скарг дозволяє часто зробити висновок про загальний характер захворювання. Для того щоб не пропустити яких-небудь відомостей про хворобу, його розпитують в певній послідовності і за певною системою.

Тяжкохворі, особливо з гострою патологією органів черевної порожнини (перитоніт, закрита травма живота та ін.), не можуть довго розмовляти, тому частину скарг у них треба з'ясувати під час об'єктивного обстеження і надання невідкладної допомоги.

Історія захворювання. Необхідно встановити: коли (скільки часу тому), як (раптово, відразу гостро, повільно, поступово), за яких умов, якими ознаками і в якій послідовності виникли прояви даного захворювання; коли звернувся за допомогою; яке лікування застосовували, і які його результати.

Особистий анамнез. Це спеціальна медична біографія хворого, в якій у хронологічному порядку викладаються основні вікові періоди життя – дитинство, юність, зрілий вік. З'ясовують перенесені хвороби, спадковість, історію сім'ї (генограма) – чим хворіли брати, сестри, батьки, дід, баба. Важливе значення має виявлення шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків і ін.), соціально-побутових умов життя.

Наявні та потенційні проблеми пацієнта. На основі анамнезу хворого необхідно встановити теперішню наявну (біль, гарячка, кровотеча, нудота та ін.) і потенційну проблеми хворого: давність і характер захворювання (гостре, підгостре, хронічне); перебіг захворювання (покращання, стабільне, погіршення); причини захворювання, застосовані методи лікування та їх ефективність. Після цього встановлюють медсестринський діагноз. Ним може бути окремий симптом або синдром.

Об'єктивне обстеження.

Загальний огляд хворого як діагностичний метод має надзвичайно важливе значення в медсестринській діяльності. За допомогою огляду складається загальне враження про стан організму хворого в цілому, а також іноді є можливість встановити діагноз з “першого” погляду (пахова грижа, гангрена стопи, флегмона та ін.). Огляд проводять при денному світлі або лампі денного світла. Крім прямого освітлення, необхідно застосовувати бокове, яке дозволяє більш чітко виявити наявність різних пульсацій на поверхні тіла (верхівковий поштовх серця, дихальні рухи грудної клітки, перистальтика кишечника).

Техніка огляду.

З'ясовують зміни загального стану: хороший, задовільний, тяжкий, дуже тяжкий; хворий неспокійний, збуджений; стогне, кричить від болю; пригнічений, загальмований. **Оцінюють вираз обличчя** – жвавий, бадьорий, осмислений, спокійний, зосереджений, збуджений, гнівний, переляканий, стомлений, страждальницький, сумний, байдужий, нерухомий, маскоподібний. Обличчя може бути бліде, червоне, змарніле, одутле та ін.; вкрите холодним потом. **Шкіра обличчя:** тілесного кольору, бліда, землиста, жовта, гіперемована. **Свідомість** – ясна, сплутана, затьмарена.

Виявляють **положення хворого в ліжку** – активне (хворий може вільно міняти положення), вимушене (хворий лежить у певному положенні, як правило, для полегшення свого стану), пасивне (хворий лежить нерухомо).

З'ясовують стан живлення – хороший, середній, недостатній, ожиріння, кахексія та ін.

Важливим в обстеженні хірургічного хворого є вивчення місця захворювання (status localis morbi, locus morbi).

Місцем ураження можуть бути ділянка тіла, орган, кінцівка, шия, голова та ін. Обстеження ураженої ділянки розпочинають з місцевого огляду (inspectio). Метою його є детальне вивчення вогнища захворювання. Якщо воно локалізується на одному боці тіла або на одній з кінцівок, то його розміри і характер вдається легше визначити шляхом порівняльного огляду.

Пальпація (від лат. *palpatio* – обмацування) – клінічний метод обстеження за допомогою дотику з метою вивчення фізичних властивостей і чутливості тканин і органів, топографічних співвідношень між ними і виявлення деяких функціональних явищ в організмі (температури шкіри, пульсації судин, перистальтики кишечника). Фізіологічною основою пальпації є відчуття, яке виникає при тисненні і рухах пальців. Пальпацію, як правило, проводять за певною схемою і методикою. Наприклад, шкіру і м'язи пальпують, взявши їх у складку для визначення товщини, пружності, еластичності. Для визначення температури різних ділянок тіла руки кладуть плазом на тулуб, кінцівки (при шоку), на симетричні суглоби (при запаленні суглоба). Пальпаторно досліджують пульс, при цьому визначають стан артеріальної стінки, характер і якість пульсу. Важливу роль відіграє пальпація в діагностиці захворювань органів черевної порожнини. Спеціальні методи пальпації застосовують в акушерській, гінекологічній та урологічній практиці. За способом виконання розрізняють поверхневу і глибоку пальпацію. Деякі особливості властиві глибокій пальпації живота. Так, наприклад, фізіологічне напруження м'язів черевної стінки вдається подолати через тиснення.

При цьому відчуття в кінчиках пальців порушується й інформація про стан внутрішніх органів є недостовірною. Щоб цього не сталося, рекомендують покласти кінці пальців другої руки на середні фаланги пальпуючої кисті і натискувати при цьому з відповідною силою, лише тоді можна зберегти відчуття пальпуючих пальців.

В окремих випадках застосовують бімануальну пальпацію, при якій руки рухаються одна назустріч другій. При цьому пальпований орган або патологічне вогнище знаходиться між двома руками.

Для обстеження порожнистих органів проводять **спеціальну пальпацію** – обмацування просвіту органа (ротова порожнина, пряма кишка, піхва). Дослідження ротової порожнини проводять одним або двома пальцями. Ректальне дослідження проводять у рукавичці вказівним пальцем, при максимальному згинанні всіх інших пальців, при цьому положення хворого може бути колінно-ліктьове, на спині або на боці.

Перкусія (від лат. *percussio* – вистукування) – метод обстеження, який ґрунтується на постукуванні по поверхні тіла хворого з оцінкою характеру звуку. Найкраще перкусію проводити в стоячому або сидячому положенні хворого, у тяжкохворих – у лежачому. Перкусія буває опосередкованою

(через плесиметр, палець по пальці) та безпосередня (постукування подушечкою вказівного пальця безпосередньо по поверхні тіла). Перкусія буває гучною (нормальна сила перкуторного удару) і тихою (порогова). Звуки, які виникають при перкусії, мають свою силу, висоту і відтінок. За силою розрізняють гучний, або ясний, тихий, або тупий звук; за висотою – високий і низький; за відтінком – тимпанічний, нетимпанічний і звук з металевим відтінком.

Аускультацию (від лат. *auscultatio* – вислуховування) проводять за певними правилами й умовами. В приміщенні повинно бути тихо, тепло. Під час аускультатії хворий стоїть або сидить. Тяжкохворий може лежати в ліжку. Слід уникати вислуховування над поверхнею шкіри, де є волосся, оскільки тертя його викликає додаткові звуки. Необхідно уникати тиску, тому що у цьому випадку в зоні прилягання стетоскопа настає послаблення вібрації тканин. Аускультатія має значення при хірургічному обстеженні для визначення характеру перистальтики кишок при різних абдомінальних і судинних захворюваннях, при післяопераційних легневих ускладненнях.

Антропометрія (від грец. *anthropos* – людина, *metron* – міра) – метод вимірювання морфологічних і функціональних ознак людини. Вимірювання зросту і довжини тулуба має велике значення для оцінки загального фізичного розвитку хворого і пропорційності розвитку окремих частин тіла. Остання може порушуватись при деяких уроджених (хондродистрофія) і набутих у дитячому віці захворюваннях (деякі ендокринні хвороби). Крім визначення росту і довжини тулуба, нерідко вимірюють об'єм грудної клітки, живота, ший, голови, розміри нижніх кінцівок, таза та величину пухлинного запального процесу. Масу тіла визначають шляхом зважування. Росто-ваговий показник з'ясовують за формулою $M \times 100 : P$, де M – маса тіла в кілограмах, а P – зріст у сантиметрах. Нормальне співвідношення росту і маси виражають індексом 37-40. М'язову силу визначають динамометром.

Регулярне зважування хворого дає цінні дані про порушення обмінних процесів в організмі.

III.Додаткові методи обстеження.

Лабораторне дослідження крові.

Включає загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, аналіз крові на цукор та ін.

Під час дослідження крові визначають рівень гемоглобіну, еритроцитів, лейкоцитів, формулу крові (поява молодих форм нейтрофілів, зсув лейкоцитарної формули вліво може вказувати на наявність у хворого запального процесу), гематокрит, кількість тромбоцитів, стан антизгортальної системи крові, швидкість кровотечі та час згортання крові.

У кожного хворого визначають групу крові і резус-фактор, незалежно від того, проводились ці дослідження раніше чи ні.

Для визначення рівнів електролітів, білірубіну, показників кислотно-лужної рівноваги, залишкового азоту, креатиніну та ін. призначають **біохімічний аналіз крові.**

Лабораторне дослідження сечі.

Звертають увагу на питому вагу, колір, реакцію (кислу, лужну), наявність білка, цукру, циліндрів, клітинних елементів. Так, глюкозурія може свідчити про цукровий діабет.

Мікроскопічне дослідження сечі допомагає в діагностиці пієлонефриту (наявність лейкоцитів, епітелію), ниркової кольки (наявність еритроцитів).

Для визначення деяких субстанцій (креатинін, кортикостероїди, електроліти та ін.) досліджують **добову сечу.**

Кров і сечу досліджують не лише з метою встановлення діагнозу, але й у процесі лікування, що дає можливість стежити за його ефективністю.

У хірургічних хворих проводять і мікробіологічне дослідження – виділення мікроорганізмів з ексудату, гною, крові, сечі, харкотиння, визначення їх вірулентності і чутливості до антибактеріальних препаратів.

Для уточнення діагнозу, особливо в онкологічних хворих, проводять цитологічне та гістологічне дослідження. Матеріалом для цих досліджень слугують пунктати, шматочки тканин, взятих під час операцій,

ендоскопічних досліджень; мазки з поверхні пухлин, осаді рідин, отриманих із плевральної або черевної порожнини.

Часто у хірургічних хворих доводиться вдаватись до додаткових, іноді складних методів дослідження. До них належать аналіз шлункового соку, дуоденального вмісту, визначення гормонів у крові та ін.

IV. Інструментальні та апаратні методи дослідження.

Важливу роль у діагностиці хірургічної патології відіграють інструментальні та апаратні методи дослідження. Серед них на першому місці — термометрія та вимірювання артеріального тиску. Поряд із вимірюванням температури тіла під пахвою у хірургічних хворих, особливо із ураженням органів черевної порожнини, часто визначають температуру у прямій кишці. Це має діагностичне значення при гострих запальних процесах у черевній порожнині (гострий апендицит, перитоніт, запалення яєчників та маткових труб).

У хворих, які перебувають у тяжкому стані, особливо шоковому, вимірюють венозний тиск (ВТ) шляхом пункції периферичних вен на руках і шиї або шляхом введення у центральні вени тонкого катетера, який з'єднується з водяним манометром (апарат Вальдмана). Нормальним тиском у периферійних венах вважають 80-120 мм вод. ст.

Рентгенологічне обстеження. У хірургічній практиці частіше використовують рентгеноскопію, за допомогою якої можна визначити розміри і конфігурацію органів, виявити ділянки ущільнення в легенях, контури пухлин. За допомогою рентгенографії можна отримати графічне зображення органів і різних змін на плівці. Для обстеження порожнистих органів проводять їх контрастування (шлунок, кишечник, жовчний міхур, ниркові миски, сечовий міхур). Дослідження жовчного міхура (холецистографія, холеграфія) проводять за допомогою йодовмісних контрастних речовин, які вводять всередину (білітраст, холевід, йопогност) або внутрішньовенно (білігност). Рентгенологічне дослідження ниркових мисок проводять за допомогою урографіну (пієлографія). Рентгеноконтрастне дослідження дихальних шляхів (бронхографія)

проводять шляхом спеціального заповнення бронхів йодоліполом. Дослідження судин (ангіографія) здійснюють за допомогою кардіотраста. Дослідження серця проводять за допомогою рентгенокімографії, нерідко використовують пошарову томографію, комп'ютерну томографію.

Ендоскопія – огляд внутрішньої поверхні порожнистих органів, проводять за допомогою ендоскопів (фіброгастроскоп, дуоденоскоп, холедохоскоп й ін.). Її застосовують для обстеження стравоходу (езофагоскопія), шлунка (гастроскопія), дванадцятипалої кишки (дуоденоскопія), прямої і сигмоподібної кишки (ректороманоскопія), трахеї і бронхів (трахеобронхоскопія), черевної порожнини (лапароскопія), сечового міхура (цистоскопія). Під час ендоскопії можна додатково проводити біопсію тканин органа для гістологічного дослідження, виконувати різні оперативні втручання, фотографування і ін.

Радіоізотопне дослідження полягає у внутрішньовенному або пероральному введенні радіоактивних ізотопів (^{131}I – йод, ^{87}Sr – стронцій, $^{99\text{Tc}}$ – пертехнетат натрію). Ці ізотопи мають короткий період піврозпаду і не впливають на організм. Розподіл радіоактивного ізотопу в органах фіксують за допомогою спеціального апарата-індикатора – радіоізотопного сканера.

Ультразвукове дослідження. Ультразвукове сканування, ехолокація, доплерографія ґрунтується на використанні ультразвукових променів і дозволяє виявити камені у жовчному міхурі, нирках, пухлини, кісти, абсцеси в печінці, селезінці, мозку та ін. Ультразвукове дослідження не шкідливе а за своєю інформативністю перевищує рентгенологічне.

Комп'ютерна томографія. Цей метод ґрунтується на виявленні і комп'ютерному зображенні ступеня поглинання рентгенівських променів в органах при наявності в них анатомічних змін (пухлини, кісти, абсцеси, камені, запальні інфільтрати та ін.). Він дозволяє чітко визначити локалізацію патологічного процесу і вибрати найбільш раціональний метод лікування.

Ядерно-магніто-резонансна томографія. В основі її лежить виявлення резонансного магнітного випромінювання, яке виникає в органі або в

тканинах під дією спрямованого потужного електромагнітного випромінювання. Інформація фіксується і обробляється на комп'ютері. Метод дозволяє визначити форму, розміри, наявність патологічних утворів (пухлин, кіст, гнійників) з відображенням поперечного і сагітального зрізів тіла.

V. Підготовка хворого до спеціальних досліджень.

Для діагностичних можливостей та забезпечення максимальної точності та достовірності результатів необхідно дотримуватись вставлених правил підготовки до досліджень.

Підготовка до комп'ютерної томографії (КТ).

Підготовка до комп'ютерної томографії, за винятком гастроскопії і колоноскопії, не потрібна.

Підготовка пацієнта до проведення гастроскопії.

У день проведення обстеження необхідно утриматися від вживання їжі.

Підготовка пацієнта до проведення класичної колоноскопії.

За 2-3 доби до проведення процедури:

виключити з раціону: свіжі фрукти (малина, смородина, виноград, ківі – в будь-якому вигляді), зелень, ягоди, гриби, квасоля, горох, чорний хліб, насіння, горіхи, газовані напої, молоко, м'ясо, риба в соусі, ковбаса. Не приймати активоване вугілля і препарати з вмістом заліза!

Можна: бульйон, відварні м'ясо, риба, пташине філе, сир, білий хліб (сухарі або вчорашній), домашнє печиво без волокон, чай, кава, негазовані напої,

фруктові соки без м'якоті. Також продовжуйте приймати послаблюючі препарати, якщо Ви звичайно використовуєте їх.

В день перед дослідженням дозволена тільки рідка їжа (фільтрований м'ясний бульйон, кисіль, освітлений сік без м'якоті, крім соків червоного та фіолетового кольорів, негазовані напої).

Рекомендації після проведення класичної колоноскопії.

Розпочинати прийом їжі можливо не раніше 2 годин після процедури. Їсти потрібно невеликими порціями (200-300 г). Вживати можна варену, запечену або тушковану їжу. Обмежити вживання сирої їжі (термічно не обробленої). Виключити продукти, які ведуть до утворення газів: свіжі фрукти, овочі, зелень, квасоля, горох, ягоди, чорний хліб.

Підготовка до МРТ-досліджень.

Спеціальна підготовка до МРТ-дослідження зазвичай не потрібна. Ви можете приймати їжу, напої, лікарські засоби і медичні процедури в звичайному режимі.

Перед дослідженням необхідно зняти з себе годинник, прикраси, металеві предмети, знімні зубні протези, видалити з кишень всі металеві предмети (ключі, монети і таке інше), електронні прилади, магнітні носії. Зняті прикраси і предмети слід покласти в надану Вам шафу. Рекомендується переодягнутися в наданий Вам одноразовий костюм.

При дослідженні органів черевної порожнини слід утриматися від прийому твердої їжі за 4 години до дослідження. З напоїв краще приймати чорничний або голубічний сік. Майте на увазі, що дослідження продовжуватиметься до 30-45 хвилин, в окремих випадках до 60 хвилин.

При дослідженні органів малого тазу сечовий міхур має бути помірно наповненим, перед дослідженням інших областей тіла рекомендується випорожнити сечовий міхур.

При дослідженні голови елементи макіяжу (тіні, туш) можуть перешкоджати здобуттю якісних зображень або знижувати їх діагностичну цінність, тому

жінкам рекомендується утриматися від нанесення макіяжу в день дослідження або зняти його перед дослідженням.

Діти у віці до п'яти років можуть вимагати седації або наркозу. Питання про проведення седації або наркозу, а також підготовки дитини до дослідження необхідно заздалегідь обговорити з анестезіологом.

При дослідженні молочних залоз практично у всіх випадках використовується контрастне підсилення, за виключенням пацієнток, які мають імпланти в молочних залозах.

Підготовка пацієнта до проведення гастроскопії, бронхоскопії .

В день проведення дослідження слід утриматись від прийому їжі.

Підготовка до проведення мамографії.

Мамографія проводиться жінкам в період з 5 по 12 день менструального циклу; жінкам в менопаузі, за відсутності менструації або при нерегулярному циклі - в будь-який день. Попередня підготовка до мамографії не потрібна.

Підготовка до проведення рентгенографії кісток тазу, крижово-клубових зчленувань, крижів і куприка .

Попередня підготовка:

в день дослідження вранці (можна напередодні увечері, якщо дослідження заплановане на ранок) рекомендується очистити нижні відділи кишківника (клізма з використанням 1,5-2,0 л теплої кип'яченої води, або наявну в продажі готову клізму «Норгалакс»). Вечеря напередодні увечері легка, не пізніше 18-00. Пацієнтам з вираженим метеоризмом також рекомендується приймати в день, що передує дослідженню, і в день дослідження «Еспумізан» по 2-3 таблиці. 2 рази в день або активоване вугілля.

Оглядова і внутрішньовенна екскреторна урографія .

Підставою для екскреторної урографії є довідка уролога із зазначенням попереднього діагнозу і мети дослідження.

Попередня підготовка:

дієта протягом 3-х днів перед дослідженням (виключити продукти, що викликають здуття кишківника: молоко, чорний хліб, свіжі овочі і фрукти, соки, компоти, солодкі і борошняні здобні блюда, гострі і копчені блюда);

для профілактики метеоризму протягом 3-х днів пити відвари ромашки або насіння кропу по півстакана 3 рази в день перед їдою; при хронічному метеоризмі можна приймати «Мезім-форте» по 1-2 таблиці. 2 рази в день, «Еспумізан» по 2 таблиці. 2 рази в день;

пацієнтам з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (хр. панкреатит, коліт і таке інше) рекомендується ретельно дотримуватися дієти і інших призначень лікаря з приводу даних захворювань;

в день, що передує дослідженню, легка вечеря не пізніше 18-00; ·
напередодні дослідження увечері (якщо дослідження призначене на ранок), або в день дослідження вранці (якщо дослідження призначене на другу половину дня) очистити кишківник (використовувати 1,5-2.0 л теплої кип'яченої води, або наявну в продажі готову клізму «Нормакол», або 2-3 пакети препарату «Фортранс» згідно інструкції);

в день дослідження можливо легкий сніданок (за бажання можна з'явитися натщесерце).

Напередодні дослідження можлива бесіда з анестезіологом. За наявності у пацієнта алергії (на харчові продукти, ліки і таке інше), він повинен обов'язково проінформувати про це лікаря.

З собою необхідно узяти дані УЗД нирок, аналізи сечі (якщо є).

Рентгеноскопія і рентгенографія стравоходу, шлунку і дванадцятипалої кишки .

Дане дослідження рекомендується проводити лише в першу половину дня (вранці). Попередня підготовка:

напередодні дослідження увечері легка вечеря не пізніше 18-00 (не переїдати!);

з'явитися на дослідження повністю натщесерце (не пити, не їсти!); якщо необхідно прийняти пігулки, то запити їх мінімальною кількістю води.

При стенозі виходу з шлунку можливо необхідна ретельніша підготовка з промиванням шлунку напередодні (за рекомендаціями із цього приводу потрібно звернутися до гастроентеролога або рентгенолога).

З собою необхідно узяти наявні консультативні висновки фахівців, що стосуються даного захворювання, дані попередніх досліджень: УЗД черевної порожнини, гастроскопії та інші (якщо є).

Підготовка до УЗД .

УЗД черевної порожнини, нирок, наднирників .

За 1-2 дні до проведення дослідження виключіть із раціону харчування продукти, які викликають здуття (чорний хліб, бобові, свіжі овочі, фрукти, молоко, соки, газовані напої), легко повечеряйте напередодні дослідження не пізніше 19.00 і вранці натщесерце прийдіть до лікаря. Якщо ж у Вас не має можливості провести дослідження вранці, - легкий сніданок (наприклад, несолодкий чай) за 6-8 годин до часу дослідження.

УЗД органів малого тазу у жінок .

Для дослідження через черевну стінку (абдомінальним датчиком) - приходьте із наповненим сечовим міхуром, протягом 3-4 годин не випорожняйте його або за 2 години до дослідження випийте не менше 1 літра негазованої рідини. Для дослідження трансвагінальним датчиком - не забудьте правила підготовки до візиту до гінеколога.

УЗД щитоподібної залози, суглобів, м'яких тканин, нейросонографія, периферичних лімфовузлів .

Підготовки не вимагає.

УЗД сечового міхура і простати .

Виконується при наповненому сечовому міхурі. Якщо Ви за 3-4 години до проведення дослідження випорожнили сечовий міхур, то Вам слід за 2 години до проведення дослідження випити не менше 1 літра негазованої рідини.

УЗД молочних залоз .

Проводиться в першу фазу (з 7 по 10 день) менструального циклу. УЗД молочних залоз є цінним діагностичним доповненням до мамографії.

VI. Участь медичної сестри в обстеженні та оформленні відповідної документації.

Усі результати обстеження хворого і міркування стосовно діагнозу та лікування фіксуються в основному документі, передбаченому законодавством для стаціонарного хворого – в карті стаціонарного хворого (історія хвороби). Для хворого, який лікується амбулаторно, заносять усі дані у медичну карту амбулаторного хворого.

Завдання для самопідготовки.

А. Контрольні запитання для самопідготовки по темі лекції.

- 1.3 яких етапів складається медсестринська діагностика?
2. Як виявляються скарги хворого з втраченою свідомістю?

3. На що звертають увагу при огляді хворого?
4. Як проводиться системне обстеження хворого?
5. Що є головним в діагностиці захворювань?
5. Які лабораторні аналізи є обов'язковими для хворих?
6. Назвіть головні показники загального аналізу крові.
7. Назвіть головні показники загального аналізу сечі.
8. Перерахуйте основні апаратні методи обстеження
9. Які захворювання діагностуються ФГДС?
10. Як готуються хворі до УЗД обстеження?
11. Як ведеться підготовка хворих до МРТ-дослідження?
12. Як ведеться підготовка хворих до оглядової та в.венної урографії?
13. Як ведеться підготовка хворих до колоноскопії?
14. Куди заноситься інформація про перебування хворого в стаціонарі?

Рекомендована література:

Основна:

О.М. Кіт “Медсестринство в хірургії” Тернопіль, 2002р. ст.21-34;

Додаткова:

С.Д. Хіміч ” Хірургія” Київ “Здоров'я” 2004р. ст.179-204;

Л.М. Ковальчук “Навчальний посібник з хірургії в модулях” Київ,”
Медицина” 2009 р.ст.203-206;385-386;396-397;404-407.

Л.В. Цитовская “Руководство по практическим занятиям по хирургии.” К.,
“Вища школа” 1988г. ст.155-163.

Матеріали для закріплення вивченого.

А.Контрольні запитання.

- 1.З яких етапів складається медсестринська діагностика?
2. На що звертають увагу при огляді хворого?
3. Які лабораторні аналізи є обов'язковими для хворих?

4.Перерахуйте основні апартні методи обстеження.

5.Як готуються хворі до УЗД обстеження?

6.Куди заноситься інформація про перебування хворого в стаціонарі?

Б.Тестові завдання.

1.Який пункт в паспортній частині карти стаціонарного хворого виділяється червоним кольором?

А-прізвище;

В-місце роботи;

С-домашня адреса;

Д-алергологічний анамнез;

Е-№ телефона родичів.

2.При визначенні місця локалізації болі використовують слідуючий прийом;

А-пальпацію;

В-аускультацию;

С-перкусію;

Д-УЗД-діагностику;

Е-рентген-діагностику.

3.При аускультатії органів черевної порожнини ми вияснюємо:

А-Характер перистальтики кишок;

В-межі внутрішніх органів;

С-роботу шлунка;

Д-скорочення жовчного міхура;

Е-запалення підшлункової залози.

4. При перкусії органів черевної порожнини ми вияснюємо:

А-функції органів черевної порожнини;

В-межі органів і наявність повітря,випоту, крові;

С-запалення органів черевної порожнини;

Д-наявність повітря;

Е-порушення роботи внутрішніх органів.

5. При пальпації органів черевної порожнини ми вияснюємо:

А-межі органів,наявність пухлин,їх розміри,запалення очеревини;

В-порушення роботи кишечника;

С- порушення роботи шлунка;
D-шуми роботи кишечника;
Е-збільшені лімфатичні вузли.

6.При вислуховуванні скарг хворого звертають увагу на :

А-локалізацію болі;
В-час її виникнення;
С-силу болі на момент її появи і на момент огляду;
D-чи приймав хворий знеболюючі препарати і спазмолітини;
Е-все перераховане вище.

7.Загальний стан пацієнта оцінюється по:

А-виразу обличчя, його кольору;
В-свідомості;
С-положенню в ліжку;
D-стану живлення;
Е-всьому вище перерахованому.

В.Задача.

Хворий Б. знаходиться у дуже важкому стані.

Завдання: В яку палату його необхідно госпіталізувати?

Б.Контрольні запитання для самопідготовки по темі наступної лекції.

- 1.Які приміщення входять до хірургічного відділення?
2. Що таке перев'язувальна і особливості її роботи?
3. Яким повинен бути медичний персонал?
4. В чому закладається гігієна хворого?
- 5.Яким наказом регламентуються гігієнічні вимоги до медперсоналу та хворих?
- 6.Назвіть мету дієтотерапії в передопераційному періоді.
7. Кому проводиться парентеральне харчування?
8. Хто визначає показання і протипоказання до операції?
- 9.Які бувають показання до операції?
10. За якими показниками оцінюється ризик оперативного втручання?
- 11.Що таке передопераційний період?
12. Назвіть основні завдання передопераційного періоду.
13. Як проводиться підготовка хворого до операції?

14. Назвіть особливості підготовки дітей до операції.
15. Назвіть особливості підготовки до операції ослаблених хворих.
16. Назвіть особливості підготовки до операції людей похилого віку.
17. Скільки часу готується хворий до екстреної операції?
18. Скільки часу готується хворий до планової операції?
19. Яка роль атропіну в премедикації?
20. Як здійснюється транспортування хворого в операційну?

Рекомендована література:

Основна:

О.М. Кіт "Медсестринство в хірургії" Тернопіль, 2002р. ст.36-38;49-59;

Додаткова:

С.Д. Хіміч "Хірургія" Київ "Здоров'я" 2004р. ст.218-226;

Л.М. Ковальчук "Навчальний посібник з хірургії в модулях" Київ, "Медицина" 2009 р.ст.185-192;

Л.В. Цитовская "Руководство по практическим занятиям по хирургии." К., "Вища школа" 1988г. ст.163-173.