

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Кафедра медсестринства і громадського здоров'я  
другий (магістерський) рівень

Навчальна дисципліна  
«ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ПРИ НАДАННІ  
ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»

Лекція 3 ПХД

Доцент Самойленко І.Г.

Тема :

**Симптоматична допомога у паліативних хворих. Профілактика і лікування розладів посистемно. Сестринський догляд у паліативних та хоспісних практиках.**

План лекції

1. Синдромальна допомога при розладах ШКТ. Нудота і блювання, причини. Медикаментозні антиеметичні засоби. Гігієна порожнини рота.
2. Профілактика і лікування закрепів. Дієта, проносні засоби, механічні засоби очистки кишки.
3. Діарея. Догляд за пацієнтами зі стомами. Види стом. Захист шкіри. Правила застосування сечо- і калоприймачів.
4. Непрохідність кишківника, її причини. Методи лікування.
5. Асцит. Консервативні і хірургічні методи лікування.
6. Нориці. Методи консервативного і хірургічного лікування.
7. Профілактика і лікування розладів дихальної системи. Гідроторакс. Задишка. Методи усунення кашлю і гикавки.
8. Профілактика і лікування розладів сечовидільної системи. Нетримання сечі. Патологічні і штучні причини. Гігієна хворих при нетриманні сечі, особливості догляду. Затримка сечі. Ренальні та екстраренальні причини, методи її усунення. Правила догляду за катетерами та епіцистостоמוю.
9. Профілактика і лікування уражень шкіри і м'яких тканин. Шкірний свербіж, Лікування. Підвищена вологість шкіри. Методи осушення шкіри.

### ***Домашній хоспіс (хоспісний догляд вдома)***

Преваги хоспісного й паліативного догляду в рамках домашнього хоспісу в наявності для пацієнтів, що страждають невиліковними, прогресуючими захворюваннями (новоутворювання, неврологічні ускладнення запальних процесів), що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги. Відвідування домашнього хоспісу проводиться за домовленістю з пацієнтом й/або родиною (опікуном) пацієнта.

Протягом усього періоду догляду, під час кожного візиту пацієнт і його родичі (опікуни) одержують докладні письмові рекомендації з подальшого догляду за пацієнтом і його лікуванням й інформуються про інші можливі форми паліативного й хоспісного догляду й методах його надання. Вони одержують також номери телефонів персоналу, що обслуговує домашні хоспіси, що надає консультації по телефону щодня, 24 години на добу, 7 днів на тиждень, і якщо буде потреба, що відвідує хворого вдома.

### ***Домашній хоспіс (хоспісний догляд вдома) для дітей***

Домашній хоспіс для дітей що страждають невиліковними прогресуючими захворюваннями (новоутворювання, порушення обміну речовин, уроджені пороки розвитку дихальної системи), що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги.

Підставами прийняття дітей у домашній хоспіс є:

- термінальна стадія невиліковної хвороби;
- вік до 18 років;
- наявність хоча б одного повнолітнього опікуна, що у стані здійснювати цілодобовий догляд за дитиною.

Повнолітні особи можуть одержувати паліативний догляд вдома для дітей, якщо їхнє захворювання носить уроджений характер й обмежує життєві можливості, а також якщо захворювання було діагностовано у віці до 18 років або у випадку неможливості організувати належний домашній догляд з боку домашніх хоспісів для дорослих через рідке захворювання або місце проживання пацієнта.

Медсестра повинна зберігати таємницю, не зловживати довірою пацієнтів, які отримують ПХД, завдяки своєму положенню. Неприпустимо доводити до відома хворих усе, що обговорюється медперсоналом. Пацієнту можна нанести важку травму, якщо він довідається, що його таємні думки й особливості його життя, або його організму, довірені медсестрі, стали надбанням інших.

Нерадісні думки про майбутнє життя, про смерть природні для

невиліковно хворої людини . Відношення до смерті залежить від того, як така людина оцінює свій життєвий шлях. При наявності психологічного контакту з пацієнтом медичний персонал має виявити здатності психолога. Важливо вселити хворому, що життя прожите не даром, що його діяльність принесла велику користь суспільству, підкреслити, що він виховав дітей, що вносять внесок у розвиток суспільства. Роз'яснення заспокоюють пацієнта.

Анамнез. Вікові особливості організму літньої та старої людини, особливості його психології й клінічних проявів хвороби вимагають особливостей при опитуванні, складанні анамнезу. Оцінка анамнезу вимагає знання вікових змін, того, як ці зміни впливають на органи й системи хворої людини, на його психологію, орієнтацію в навколишнім середовищі. Ретельно зібраний анамнез пацієнта - показник відношення до паліативного хворого. Необхідно враховувати цілий ряд причин і труднощів, вміло підійти до їхнього рішення, необхідних для правильної діагностики.

Методика опитування. Для опитування паліативного пацієнта, як правило, потрібно більше часу. Варто враховувати можливості порушення слуху, зору, сповільненості реакцій. При необхідності хворий повинен користуватися слуховим апаратом, окулярами, вставними зубами. Кабінет повинен бути добре освітлений, щоб хворий міг бачити медперсонал, тому що рух губ вже допомагає розумінню питання, а вираз обличчя сприяє психологічному контакту.

Говорити потрібно ясно та трохи повільніше, ніж звичайно, у жодному разі не кричати . Іноді глухота пацієнта та нерозуміння питань, що задаються, пов'язані з наявністю сірчаних пробок у вухах. У цих випадках варто провести повторне опитування хворого після їх видалення. Якщо хворий прийшов з родичем , то спочатку варто проводити опитування родича. Це дозволяє з'ясувати багато сторін особистісних взаємин, положення в родині, проблеми, приховані від навколишніх . При проведенні опитування за участю родичів можна з'ясувати відношення до хворого родини, можливість догляду в родині, шляхи реабілітації. Первинний анамнез паліативного хворого повинен проводитися за участю родичів.

Особистісні особистості зберігаються і у людей похилого віку. Не слід трактувати як прояв хвороби, якщо пацієнт завжди був у складних взаєминах з оточуючими.

Велике значення має недостатня поінформованість пацієнта про свій стан, часте прагнення трактувати симптоми захворювання як прояв старості. Однак багато проявів патологічних процесів можуть бути упущені, тому що вони не є, на думку хворого, «головними» захворюваннями. Тому варто

звертати увагу й на так звані малі скарги, збирати й вивчати їх. Варто пам'ятати, що «малі» симптоми можуть бути «вершиною айсберга».

Важливе місце в анамнезі хоспісного пацієнта займає знайомство з ним як з особистістю відповідно до класичного положення «лікувати не хворобу, а хворого».

Зосередивши увагу на стані органів, можна втратити дані про пацієнта як особистості. Необхідно з'ясувати життєвий, трудовий анамнез пацієнта, одержати загальну інформацію про типовий день, тиждень життя хворого, його щоденну активність (читання, перегляд телевізійних передач, дієта, трудова діяльність, хоббі, наявність цілей, планів на майбутнє та інше). Якщо вся ця інформація збирається тактовно та з інтересом, у пацієнта виникає довіра до медичного працівника.

Класична форма анамнезу, модифікована для пацієнта похилого віку, включає:

- 1) опитування по системах;
- 2) медичний і хірургічний анамнез (перенесені захворювання, операції);
- 3) сімейний анамнез;
- 4) соціальний анамнез;
- 5) харчування;
- 6) проведене раніше лікування;
- 7) сексуальний анамнез;
- 8) психіатричний анамнез.

Соціальний анамнез включає питання: про місце та умови проживання; про склад родини і внутрішньо сімейних взаємин, пов'язаних з підтримкою літньої або старої людини, про друзів і знайомих, що здійснюють допомогу в задоволенні виникаючих потреб. Варто з'ясувати, яка допомога з боку медичних і соціальних служб, чи продовжує пацієнт і в якому обсязі професійну або іншу трудову діяльність, чи задоволений роботою, як переносить службові навантаження, а непрацюючі - можливість самообслуговування, як пережив або переживає припинення трудової діяльності та яка його участь у суспільному житті, як адаптується до нових умов існування, як непрацюючий пенсіонер. Обережно з'ясувати, як пережив смерть дружини (чоловіка), чи не розвилася тенденція до самоізоляції, відходу від друзів та близьких та інші аспекти життя.

Харчовий анамнез: частота прийому їжі, у тому числі гарячої, чи добре жує, є та чи справні зубні протези? Яка дієта колись і тепер? Важливо з'ясувати збалансованість дієти (співвідношення жирів, вуглеводів, кількість яких повинне бути зниженим, і білків - м'яса, риби, яєчного білка, молочних

продуктів, особливо нежирного сиру, і молока). Чи може хворий сам готувати? Чи споживає алкоголь і в яких кількостях? Чи схуд в останні місяці, роки? Як далеко від будинку до продуктового магазину, ринку або їдальні та інше.

Проведене лікування. Варто з'ясувати фізичне навантаження, пов'язане із професійною діяльністю, тривалість прогулянок, елементи фізкультури, самопочуття при їхньому виконанні, самоконтроль, лікарські призначення. Бажано, щоб пацієнт приніс всі ліки (або їхній перелік), які він приймав або приймає в цей час, з'ясувати послідовність, частоту, тривалість медикаментозної терапії. Особливе значення мають зміни самопочуття при її проведенні, зменшення симптомів захворювання або поява нових неприємних відчуттів.

Під час збору психіатричного анамнезу треба з'ясувати, чи бувають у хворого тривожно-депресивні стани, із чим пов'язана їхня поява, суїцидальні думки, наявність психічних захворювань у родичів.

У більшості літніх і старих людей спостерігаються закрепи. Вони є закономірним наслідком вікового зниження моторної функції товстої кишки.

При виключенні таких захворювань, як хронічний ентероколіт, спастичний стан кишок, ВХШ та ДПК, холецистит, геморої, гіпотиреоз, для боротьби із закрепами рекомендуються:

1. Фізичні вправи: ходьба, вправи для черевного преса;
2. Легкий масаж живота;
3. Дієта: їжа з більшою кількістю клітковини (чорний хліб (не свіжовипечений), гречана та вівсяна каші, овочі і фрукти (капуста, помідори, огірки, морква, буряк, шпинат, кабачки, лук, мандарини, апельсини, яблука, кавуни, дині, персики, агрус, сливи). Корисний мед, ряжанка, кисляк, кефір, рослинні масла. Нормальній роботі кишок сприяють газувата холодна вода, мінеральні та фруктові води, насичені вуглекислотою, фруктові соки, сік кислої капусти. Але надлишкова кількість соків може викликати понос і здуття.
4. Медикаменти: для більше тривалого застосування припустимі ніжні, переважно рослинні проносні (препарати ревеню, олександрійський аркуш, порошок кореня солодки, морська капуста, препарати та плоди жостеру та ін.).
5. Клізми: використовувати епізодично, тривале використання їх приводить до зниження збудливості нервово-м'язового апарату кишківника, поступовому розширенню товстої кишки та змиванню слизу, що є природним змащенням. Переважніше клізми з маслинового, соняшникового,

кукурудзяного, вазелінового масла.

6. Формування адекватних умовних рефлексів на дефекацію: заборона безконтрольного відвідування вбиральні в різні години; звикання до певного часу дефекації (наприклад, ранком); для хворого призначають супозиторії, клізми на ніч із метою спорожнювання кишківника ранком.

### **ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ**

Хронічний гастрит – хронічне неспецифічне запалення слизової оболонки шлунка, що призводить до дегенерації, структурної перебудови та прогресуючій атрофії та супроводжується порушенням секреторної та моторної функції шлунка.

#### **Етіологія:**

- екзогенні фактори: порушення режиму харчування, вживання погано обробленої грубої їжі, погане пережовування їжі, тривалий прийом ліків, інфікування *Helicobacter pylori*.
- ендогенні фактори: нейровегетативні порушення, нейрон рефлексорний вплив на шлунок з інших органів, ураження гіпофізарно - надниркової системи, хронічні інфекції, порушення обміну речовин, гіпоксія тканин при ХССН, ХДН, ХНН, алергійні захворювання.

#### **Провокуючи чинники:**

- зміна харчування, споживання певних продуктів (незбіраного молока, м'ясних гострих блюд, алкогольних напоїв, прийом ліків).

У осіб похилого віку частіше буває атрофічний гастрит: чистоатрофічний, атрофічний з метаплазією, поліпозний.

#### **Клініка:** тече латентно

**I. - період ремісії:** самопочуття хворих задовільне, відчуття важкості та повноти епігастрії, помірний біль після їжі, помірно виражений диспепсичний синдром.

**II. – період загострення:** нудота, блювання, відрижка, підсилюється біль в епігастрії (іноді охоплює праве та ліве підребер'я), здуття живота, урчання в черевній порожнині, закреп, а також закреп, що чергується з проносами), погіршується загальне самопочуття, можливий розвиток ССН.

**Діагностика:** рН - метрія, рентгенографія, ЕФГДС, дослідження біоптатів слизової оболонки шлунка, ЗАК (В<sub>12</sub> фолієво-дефіцитна анемія).

#### **Лікування:**

- правильний режим харчування та відпочинку,
- дієта (у період загострення: повноцінна, термічно-, механічно-, хімічно щадна дієта; 4-5 разів на день, невеликими порціями);

- враховуючи супутні захворювання, медикаментозне лікування (тільки в період загострення):
- протизапальні: настій або екстракт ромашки, плантаглюцид
- для зменшення симптомів диспепсії: мотіліум
- ерадикація Нр - інфекції: ранітидин+кларитроміцин+метронідозол.
- корекція секреторної функції: натуральний шлунковий сік, пепсиділ під час прийому їжі
- ферменти підшлункової залози (панзинорм, мезим-форте, фестал)
- полівітаміни з мікроелементами.
- при анемії: препарати залізата вітамін В12.

Хворі на хронічний гастрит перебувають на диспансерному спостереженні довічно, лікування та обстеження їх проводяться «на вимогу».

### **ВИРАЗКОВА ХВОРОБА.**

Виразкова хвороба – це хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується формуванням виразкового дефекту стінок шлунка або 12-ти палої кишки внаслідок порушення загальних і місцевих механізмів нейрогуморальної регуляції та трофіки слизової оболонки.

З числа всіх хворих на ВХ 10-25 % становлять особи старше 60 років, а серед хворих з локалізацією виразки в шлунку - навіть 50 %. У літньому та старечому віці виразка шлунказу стрічається в 1,7-3 рази частіше, ніж виразка 12-палої кишки.

Виразкові ураження у осіб старечого віку прийнято розділяти на:

- ВХ, що виникла в молодому віці та довгостроково існує – «**стара**» ВХ
- ВХ, що розвилася в літньому та старечому віці –«**пізня**» ВХ
- «**старечі виразки**» –симптоматичні виразки при хронічних захворюваннях ССС,органів дихання, тривалому прийомі ліків(серцеві глікозиди, НПЗП)

#### **Етіологія:**

- порушення співвідношення між факторами агресії шлункового соку та факторами захисту слизової оболонки шлунка та 12-палої кишки;
- зниження захисних факторів (погіршуються регенераторні можливості епітеліальних клітин, порушується кровопостачання, порушується слизоутворення, змінюється слизова оболонка шлунка внаслідок довгостроково існуючого гастриту);
- тривале паління;

- вживання алкоголю
- прийом ліків
- порушення нейрогуморальної регуляції діяльності шлунка та 12-палоїкишки
- генетична схильність
- Helicobacterуlogi

### Клініка:

#### **I. «Стара» ВХ:**

- не має істотних вікових відмінностей
- зміна характеру т локалізації болю (внаслідок перигастриту, пілородуоденіту, рубцевих змін, пенетрації, захворювань підшлункової залози або жовчногoміхура)
- інтенсивність болю знижується
- сезонність загострень не виявляється
- постійно прогресуючий тип плинy з більш тривалими періодами загострення
- шлункова секреція часто знижена
- строки рубцювання виразкового дефекту подовжуються.

#### **II. «Пізня» ВХ:**

- біль: звичайно помірна, постійна, не залежить від прийому їжі, локалізація різноманітна та часто нетипова (під мечоподібним відростком, за грудиною іррадіацією в спину, руку або підребер'я), іноді повністю відсутня
- шлункова кровотеча (у 50 % хворих - прихованою кровотечею)
- перфорація
- переважання диспепсичного синдрому над больовим: печія, нудота, блювання, закреп

#### **III. «Стареча» ВХ:**

- анамнез дуже короткий або повністю відсутній
- виникає на фоні інших захворювань
- варіанти перебігу: больовий, диспепсичний, змішаний, латентний

### Діагностика:

- пальпація- розлита болісність в епігастрії із захисним м'язевим напруженням
- контрастне рентгенологічне дослідження
- ЕФГДС
- гістологічні дослідження біоптатів слизової оболонки.

### Лікування:

- враховувати вікові особливості ШКТ, наявність супутніх захворювань



- бажано стаціонарне лікування
- комплексна терапія в період загострення
- раціональний режим (1-2тижнінапівліжковий, емоційно і фізично-щадний)
- лікувальне харчування (повноцінне, збалансоване, механічно-, термічно-та хімічнощадне- дієта № 1 (приблизно 1 місяць) з урахуванням індивідуальної чутливості до харчових продуктів та звичок; у стадії ремісії дієта № 15, але краще дотримуватися дієти №10)
- медикаментозне лікування: спазмолітини (но-шпа, папаверин), холінолітики (гастроципін), препарати, що нормалізують перистальтику ШКТ (церукал, реглан), цитопротектори (вентер), полівітаміни з мінералами, блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну (ранітидин, фамотидин), антациди (маалокс, фосфолюгель, альмагель), **ерадикація НР: інгібітор протонного насоса (омепразол) або блокатор H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну(ранітідін, фамотідін) + метронідазол+ антибіотик (тетрациклін або амоксіцилін)**,препарати вісмугу (денол), заспокійливі (настій валеріани,седуксен)
- лікувальна гімнастика (на 5-й день після припинення болю)
- психотерапія (зняття почуття страху, пригніченості)
- санаторно-курортне лікування (курорти місцевого значення з урахуванням супутніх захворювань)
- доцільність хірургічного лікування визначається індивідуально

При виразковій хворобі шлунка рекомендується періодичний ЕФГДС контроль із гастробіопсієюз метою ранньої діагностики рака шлунка.

## **РАК ШЛУНКА**

Рак шлунка – органічне захворювання, яке виникає в наслідок переродження клітин епітелію шлунку.

Частіше уражує осіб віком 40-70 років.

### **Клініка:**

- початковий період: симптоми виражено мало, швидка втомлюваність, погіршення апетиту, відчуття важкості вепігастрії, відрижка, зригування, схуднення, періодичний несильний біль у верхньому відділі живота, анемія.
- **на пізніхстадіях:** в епігастральній ділянці пальпаторно визначається пухлина, порушення ковтання, біль стає виразнішим, метастазування в шийні лімфатичні вузли, печінку, легені,кістки, шлункові кровотечі.

### **Діагностика:**

- дослідження промивних вод шлунка на атипіві клітини

- ЕФГДС с біопсією
- Дослідження калу на приховану кров

### **Лікування:**

- Радикальне або паліативне хірургічне втручання
- рентгенотерапія
- хіміотерапія
- симптоматичне лікування
- психологічна підтримка хворого

## **ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧНОГО МІХУРА**

### **ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ**

Хронічний гепатит – запальне дистрофічне захворювання печінки, тривалістю понад 6 місяців, при якому частково збережена клітинна структура.

Частіше виникає в середньому або зрілому віці.

### **Етіологія:**

- віруси гепатитів А,В,С
- запальні процеси в ЖВП
- малярія
- туберкульоз, сифіліс, глистні інвазії
- недотримання дієти та режиму харчування вживання спиртних напоїв
- отруєння різними речовинами
- довготривалий прийом ліків

### **Клініка:**

- Персистуюча форма (має більш сприятливий перебіг): безсимптомний перебіг, клінічні ознаки стерті, швидка втомлюваність, загальна слабкість, запаморочення, погіршення апетиту, відрижка, нудота, здуття живота, відчуття важкості в животі, тупий біль в правому підребер'ї, закрепи або проноси, жовтушність склер та шкіри, обкладеність язика. Печінка збільшена, ущільнена, болісна при пальпації, поверхня її гладенька, телеангіоектазії (на шкірі верхньої частини тулуба), шкірний свербіж, асцит, набряки ахолічний кал.
- Активна форма (більш агресивний перебіг): перебіг важчий ніж у молодих, полісимптомний біль в правому підребер'ї (нагадує ЖКХ або ВХ), диспептичні явища, м'язова слабкість безсоння, підвищена дратівливість, схильність до алергій, кровотеч з носа, жовтяниця. Печінка помірно

збільшена, ущільнена, болісна, збільшення селезінки, явища печінкової коми.

### Діагностика:

- БАК (білок, ліпідикрові, білірубін, АлАТ, АсАТ, ЛДГ), сулемова проба, тимолова проба, ехотомографія, УЗД ОЧП, біопсія печінки

### Лікування:

- лікувальний режим (виключити алкоголь, гепатотоксичні ліки, важку фізичну працю, стреси)
- лікувальне харчування (стіл № 5а - загострення, № 5 - ремісія)
- противірусне лікування (інтерферон, відарабін, рибавірин)
- імунодепресанти (ГКС, цитостатики)
- імуномодулятори (натріюнуклеїнат, D-пеніциламін)
- метаболіти та коферменти (полівітаміни, рибоксин, есенціале)
- дезінтоксикацій на терапія (5% глюкоза, 0,9% NaCl)
- лікування супутних захворювань

## ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Цироз печінки – остання стадія різних за етіологією уражень печінки, яка характеризується порушенням структури органа через розвиток фіброзу та паренхіматозних вузлів, утворенням внутрішньо- та поза печінкових портокавальних шунтів з розвитком портальної гіпертензії, ознаками прогресуючої печінкової недостатності.

Найчастіше виникає у віці 50-70 років, хворіють переважно чоловіки.

### Етіологія:

- вірусний гепатит, алкоголізм, недостатнє та неправильне харчування, інфекційні хвороби (малярія, бруцельоз, тощо), токсичне ураження печінки.

### Клініка:

- загальна слабкість, швидка втомлюваність, безсоння, погіршення апетиту, нудота, блювання, відчуття важкості в правому підребер'ї, метеоризм, закрепи, що змінюються проносами, підвищення температури тіла, схуднення, жовтушність шкіри та слизових, свербіж. Судинні «зірочки» на обличчі, руках, у ділянці плечового пояса, почервоніння шкіри долонь. Нижній край печінки загострений та ущільнений, поверхня її нерівна, збільшення селезінки, асцит, кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу, анемія.

### Лікування:

- усунення шкідливих чинників, санація вогнищ хронічної інфекції, стіл № 5 (в

початковій стадії), ГКС (преднізолон), вітаміни, ліпотропні препарати (ліпокаїн), жовчогінні (холагол, алохол), дезінтоксикаційна терапія, сечогінні (фуросемід, верошпірон), препарати калію (хлорид калію, оротаткалію), пункція черевної порожнини.

## **ХОЛЕЦИСТИТ**

Холецистит – запалення жовчного міхура, переважно бактеріального походження, яке виникає на тлі дискінезії ЖВП, за наявності (або відсутності) каменів в жовчному міхурі, а також при паразитарних інвазіях.

Може бути гострим та хронічним.

### **Клініка:**

**Гострий:** перебіг атиповий, немає інтенсивних нападів печінкової кольки. Незначний біль в правому підребер'ї, і радіє в праве плече, шию, під праву лопатку, відчуття тиску в правому підребер'ї, гіркота в роті, зниження апетиту, вздуття живота, субфебрильна температура тіла, тахікардія, порушення серцевого ритму, задишка, нудота, блювання. Іноді жовтушність шкіри та склер, ахолічний кал, сеча темного кольору

**Хронічний:** біль в правому підребер'ї різної інтенсивності, диспепсичні розлади: печія, нудота, здуття живота, непереносимість жирної їжі, субфібрилітет, субіктеричність склер.

Міжнападний період може тривати місяці та роки.

### **Діагностика:**

- фізикальні дані, УЗД, дуоденальне зондування, дослідження жовчі, БАК (холестерин, жовчнікислоти, фосфоліпіди, білірубін).

### **Лікування:**

- ліжковий режим, холод на праве підбер'я, стіл № 5а (потім №5). Антибіотикотерапія (ампіцилін, ампіокс), спазмолітики (платифілін, папаверин), жовчогінні (дехолін, холагол), санаторно-курортне лікування (Трускавець, Моршин), фізіотерапевтичне лікування (парафінові аплікації, озокерит).
- Хірургічне лікування.
- **При нападі печінкової кольки:** заспокоїти пацієнта, тепло на праве підбер'я, знеболюючі (ненаркотичні та наркотичні анальгетики), спазмолітики, серцево-судинні засоби, еуфілін.

## ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ

Найпоширеніше захворювання у людей літнього та похилого віку.

### Етіологія:

- інфекційний збудник, погрішності харчування, ендогенні та екзогенні інтоксикації, вікові зміни товстої кишки та усього ШКТ.

### Клініка

- Біль у животі (періодичний, постійний, неінтенсивний, тупий, ниючий), найчастіше локалізується в нижній частині живота, і радіє в ділянку заднього проходу, виникає або посилюється під час акту дефекації.
- Кишковий дискомфорт: метеоризм, закрепи, чередуванням закрепів і проносів. Синдром неповного спорожнювання кишківника (після виділення невеликої кількості кашоподібного або рідкого калу (часто зі слизом) залишається відчуття неповного спорожнювання прямої кишки). Позиви на дефекацію виникають ранком, після прийому їжі або через короткий інтервал.
- Шлунковий дискомфорт: нудота, печія, відрижка, гіркота та неприємний смак у роті.
- При пальпації живота — болісність за ходом товстого кишківника, пальпуються атонічні та спазмовані ділянки товстої кишки.

### Діагностика:

- колоноскопія (гіперемія, набряклість, гіпертрофія складок, посилення судинного малюнка різних відділів товстої кишки).

### Лікування.

- Дієта:стіл № 4 (достатня кількість білка, помірне обмеження жирів, значне обмеження вуглеводів, необхідна кількість вітамінів; виключаються клітковина, прянощі, копченості, соління, сирі овочі, фрукти, бобові, гриби, молоко, солодощі, кондитерські вироби, мед, варення, газовані напої) їжу варять або готують на парі подають тільки в протертому вигляді)
- При інфекційних або паразитарних колітах— антибіотики, антипаразитарні.
- Препарати, що нормалізують мікрофлору кишківника (колібактерін, біфікол).
- Полівітаміни з мікроелементами.
- При порушенні функції підшлункової залози—ферменти (панзіном, мезим-форте).
- При ураженні прямої кишки — місцеве лікування: мікроклізми із настоєм

ромашки, чистотілу, олією шипшини.

## **ІШЕМІЧНИЙ КОЛІТ**

Виникає внаслідок порушення кровообігу, обумовленого атеросклерозом мезентеріальних артерій. Спостерігається в 66% хворих у віці старше 60 років.

### **Клініка:**

- початкова стадія: біль у животі та здуття живота після їжі, при прийманні спазмолітиків проходить.
- При прогресуванні: біль у животі більш різкий та інтенсивний, з'являється при прийманні меншого об'єму їжі, супроводжується метеоризмом та проносом.
- При пальпації — болісність за ходом кишківника.

### **Діагностика:**

- ректороманоскопія (кров, що надходить у пряму кишку з верхніх відділів кишківника)
- колоноскопія (набряклість слизової, виразкові дефекти в ділянці ішемії та поліпи)
- рентгенологічне дослідження товстої кишки (псевдополіпи, порушення гаустрації, стриктури)
- селективна брижейкова ангіографія та аортографія

### **Лікування:**

- Щадна дієта, спазмолітики, холінолітики, анальгетики, нітрати, антикоагулянти, ангіопротектори, антибіотики (при приєднанні інфекції).
- Оперативне лікування (ендатеректомія, пластика судин, аортомезентеріальне шунтування).

## **ЗАКРЕП**

### **Етіологія:**

- Вікові зміни стінки кишківника, споживання їжі, бідної рослинною клітковиною, обмеження фізичної активності, ослаблення м'язів тазового дна та черевної стінки, зниження скорочувальної здатності діафрагми, зниження внутрішньочеревного тиску, зміна тону м'язів товстої кишки.

При зниженні м'язового тонусу товстого кишківника- атонічний закреп при підвищенні- спастичний.

### Клініка:

- Відчуття тиску та біль у лівій здухвинній ділянці, виникнення геморою, тріщини анального отвору, нетримання калу, механічна непрохідність кишок, затримка сечі, ректальна кровотеча.

### Діагностика:

- Пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопія, колоноскопія, ірригоскопія.

### Лікування:

- Дієтотерапія залежить від типу закрепу: при спорожнюваннях кишківника: продукти, багаті на клітковину, що містять органічні кислоти та жири. Виключаються продукти, що підсилюють процес газоутворення та гни ття в кишківнику;
- При гіперкінетичному – більш лагідна дієта з підвищеним вмістом рослинних жирів. Виключи ті продукти, що викликають підвищене газоутворення: виноградний сік, овочі, що містять ефірні масла (редька, редиска, цибуля, часник), бобові.
- Лікувальна фізкультура (зміцнення м'язів черевної стінки й тазового дна), достатній обсяг рухової активності
- Застосування медикаментозних препаратів: проносні тільки в крайньому випадку, краще рослинного походження (олександрійський лист, кора жостеру, корінь ревеню); із синтетичних препаратів слід використовувати осмотичні проносні (форлакс). Щоб уникнути звикання до них призначати проносні доцільно короткими курсами

## АНЕМІЯ.

**Анемія** – це група клініко-гематологічних синдромів, загальною ознакою яких є зменшення кількості гемоглобіну та/або зменшення кількості еритроцитів.

### **1. Залізодефіцитна**

Етіологія: зниження кількості заліза в сироватці крові (захворювання ШКТ, неповноцінне харчування, крововтрати, порушення обміну заліза в організмі і т.д.)

### Клініка:

- *Анемічний синдром:* запаморочення шум у вухах, миготінням ушок перед очима, задишка, серцебиття, м'язова слабкість.

- *Сидеропенічний синдром*: м'язова слабкість, трофічні розлади: сухість шкіри, тріщини в куточках рота, витончення і ламкість нігтів, койлоніхії; спотворення смаку і нюху, утруднення ковтання сухої і твердої їжі відчуття болю та важкості в епігастрії м'язова слабкість, симптом блакитних склер дизурія (нетримання сечі) набряки на ногах систолічний шум на верхівці, аритмія (екстрасистоля, блокади), вольтаж зубців на ЕКГ падає.

#### Діагностика:

- ЗАК (зниження гемоглобіну, кольоровий показник -0,8-0,7, мікроцитоз, нейтропенія, тромбоцитопенія, помірний ретикулоцитоз, прискорення ШОЕ); БАК (зниження концентрації заліза); комплекс обстежень для виявлення причини анемії: (рентгеноскопія ШКТ, ФЕГДС, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопія, колоноскопія, ан. калу на приховану кров, огляд гінеколога для жінок, уролога для чоловіків, рентгеноскопія ОГК, бронхоскопія, УЗД ОЧП і малого тазу.

#### Лікування:

- дієтотерапія - м'ясо, риба, сир, фрукти, овочі, вітаміни, препарати заліза (ферковен, ферум-лек) 2-3 міс під контролем заліза крові.

**2. В<sub>12</sub>-дефіцитна, фолієводефіцитна анемії (мегалобластна)** – це анемія, що розвивається внаслідок порушення проліферації і дозрівання еритрокаріоцитів внаслідок порушення синтезу ДНК та РНК, що супроводжується появою в кістковому мозку великої кількості їх попередників –мегалобластів.

В<sub>12</sub>-дефіцитна частіше зустрічається, ніж ФДА, іноді може бути поєднання цих варіантів анемії.

#### Етіологія:

- недостатній вміст В<sub>12</sub> і фолієвої кислоти в їжі
- незбалансоване харчування з малим вмістом білків
- порушення всмоктування в кишківнику
- зменшення секреції в шлунку при атрофічному гастриті -гастроукопротейду
- резекція шлунку (ч/з 5-8років і більше)
- хвороби печінки, де в нормі депонується гастроукопротейд
- глистяна інвазія (широкий лентець поглинає вітамін В<sub>12</sub> з кишківника)
- спадковість
- хр.ентерит
- дивертикульоз кишківника
- злоякісні пухлини шлунка



### **Клініка:**

- анемічний синдром: слабкість, втомлювальність, серцебиття при фізичному навантаженні, задишка.
- ураження ЦНС- фунікулярний мієлоз: парестезії, зниження вібраційної чутливості, порушення ходи.
- шлунково-кишкові порушення: глосит (полірований, малиновий язик, печіння кінчика язика), зниження секреції шлункового соку, збільшення селезінки, печінки з підвищенням білірубіна крові і легкою жовтяницею шкіри.
- Ураження ССС-ССН (задишка, тахікардія, набряки)
- зміни периферичної крові: анізоцитоз (мегалоцити), пойкилоцитоз, гіперхромія (к/п до 1,2-1,5), тільця Жолі, кільця Кебота, тромбоцитопенія, лейкопенія
- зміни з боку кісткового мозку: збільшення елементів ериторойдного ряду, збільшення мегалобластів

### **Додаткові обстеження:**

- рентгеноскопія ШКТ, ректороманоскопія, гастроскопія
- УЗД ШКТ
- визначення функції печінки (білірубін, трансамінази, білок крові)
- дослідження калу на приховану кров.
- Наявність яєць глистів

### **Лікування:**

- Вітамін В<sub>12</sub> (200-500 мкг 1 р/день 6 тижнів, потім 1р/тиж. 2-3міс, далі - 2 р/міс 6 міс.)
- Підтримуюча терапія (1-2 р/рік по 5-6 ін'єкцій, при дефіциті ФК по 5-15 мг/добу)

### **Апластична анемія**

#### **Чинники:**

1. Природне зниження функціональної активності КМ
2. Зниження компенсаторних можливостей в похилому віці
3. Дія токсичних речовин, лікарських засобів, іонізуючої радіації ,інф. хвороб, вірусів.

#### **Клініка:**

- анемічний синдром
- геморагічний синдром (внаслідок тромбоцитопенії)
- інфекційні або запальні процеси (внаслідок лейкопенії , нейтропенії)

- зміни в КМ – пригнічення всіх ростків кровотворення
- зміни в крові:
  - анемія
  - лейкопенія
  - тромбоцитопенія

#### Лікування:

- переливання еритромаси (відмиті, розморожені еритроцити)
- при геморагічному синдромі - переливання концентрату тромбоцитів
- при запальних процесах - антибіотикиспленектомія
- трансплантація КМ - при неефективності консервативної терапії

## ГЕМОБЛАСТОЗИ

Серед всіх захворювань крові на частку лейкозів у ЛПВ припадає до 55%. Найчастіше зустрічаються хр. лімфолейкоз, хр. моноцитарний лейкоз, хр. мієлолейкоз та гострий лейкоз.

### **Гострий лейкоз**

#### Особливості клініки

**скарги:** задишка, серцебиття, загальна слабкість, кровоточивість

**геморагічний синдром:** кровотечі з носа,ясен, синці, крововиливи у внутрішні органи, лімфовузли і селезінка рідко збільшуються

**зміни в крові:** виражена анемія, тромбоцитопенія, лейкопенія у 50%хворих.

#### Лікування:

Аналогічне до лікування молодих, лише дози цитостатичних препаратів складають 1/2-1/3 від дози для молодих. На початку лікування використовують 1-2 цитостатики, при швидко прогресуючому перебігу - комбінацію з 4-5 препаратів (схеми ВАМП,ЦАМП)

### **Хронічний лімфолейкоз**

Це доброякісна пухлина лімфоїдної тканини. Хворіють переважно чоловіки похилого віку. Перебіг доброякісний, в меншому числі випадків - злоякісний.

**Клініка:** збільшення л/в, селезінки, печінки, лімфоїдна інфільтрація шкіри

**Зміни в крові:** лейкоцитоз, лімфоцитом, поява клітин Боткіна-Гумпрехта, анемія, тромбоцитопенія.

Інфекційні ускладнення внаслідок ослаблення імунітету (неповноцінні лімфоцити)

**В перебігу розрізняють 3 стадії:** початкова, розгорнута, термінальна

**Лікування:**

- в початковій стадії – спеціального лікування не проводять
- припогіршенністану – хіміотерапія: 1 цитостатик (хлорбутинабоциклофосфан);
- в розгорнутій стадії комбінація цитостатиків - схеми ВАМП, ЦАМП, ЦОП.
- Променева терапія (при великих розмірах л/в або селезінки)
- в між курсовому періоді – підтримую чатерапія одним з цитостатиків
- при інфекційних ускладненнях -антибактеріальна терапія

**Хронічниймієлолейкоз**

Зустрічається частіше в середньому і похиломувіці, алепісля 60 років перебіг його більш доброякісний . В основі хвороби - пухлина з клітин мієлоїдного ряду, які не втрачають здатності диференцировки до зрілих клітин.

**В перебігу розрізняють стадії:**

- **початкову** (клінічної симптоматики немає, можливі незначні зміни в периферичній крові)
- **розгорнуту** (збільшена селезінка, печінка, в крові лейкоцитоз з зсувом в формули крові вліво, наявність метамієлоцитів, мієлоцитів, промієлоцитів , мієлобластів, еозинофільно-базофільна асоціація, спочатку еритро- і тромбоцитоз, потім анемія і тромбоцитопенія).
- **термінальну** -бластний криз із злоякісним перебігом- нагадує гострийлейкоз.

**Лікування:** Тактика аналогічна хр. лімфолейкозу. З цитостатиків - мієлосан, мієлобромол, допан.

**Хронічниймоноцитарний лейкоз**

Зустрічається переважно в похилому віці. Характеризується гіперплазією КМ з розростанням клітин моноцитарного ряду.

**Клініка:**

- доброякісний перебіг, збільшення селезінки, геморагічний синдром

**В крові:**

- моноцити до 20-40%
- вКМполіморфна-клітиннагіперплазіяззбільшеннямкількостіклітинмоноцитарногоряду пізніше–анемія, тромбоцитопенія

### Лікування:

- в початковій і розгорнутій стадії - Симптоматичне (переливання крові, ГКС)
- в термінальній стадії - цитостатики (як при гострому лейкозі)

### **Лімфогранулематоз**

Це злоякісна гранульома, яка виникає в лімфовузлах, а також у внутрішніх органах. Хворіють найчастіше у віці 16-30 років та після 50 років.

### Клініка:

- збільшення л/в
- ураження внутрішніх органів (шлунка, легень, кісток) з відповідною симптоматикою.
- Загальна інтоксикація: підвищення температури, озноб, свербіння шкіри, пітливість, виснаження

### Зміни в крові:

- Нейтрофільний лейкоцитоз
- Прискорення ШОЕ
- еозинофілія, пізніше в термінальній стадії - моноцитоз
- в термінальній стадії: лімфоцитоз-, еритроцитоз-, лейкопенія
- в лімфовузлах при пункційній біопсії - клітини Березовського- Штернберга та клітини Ходжкіна

### Лікування:

- Хіміотерапія
- Променева терапія
- Комбінована терапія (хіміо- та променева)
- Хірургічне лікування.

## **ОНКОЛОГІЯ у дорослих**

В Україні, як і в інших країнах пострадянського простору, прийнята така класифікація злоякісних новоутворень за стадіями:

I стадія — пухлина розміром до 2 см без ураження регіонарних лімфовузлів; ця стадія для пухлин внутрішніх органів відповідає ранньому раку;

II стадія — невелика пухлина діаметром від 2 до 5 см без метастазів у регіонарних лімфовузлах (стадія ІА) чи з метастазами в одиничних рухливих регіонарних лімфатичних вузлах (стадія ІБ);

III стадія — пухлина розміром більш 5 см, що проростає в навколишні

тканини, з обмеженою рухливістю чи менших розмірів з метастазами в регіонарних лімфовузлах у виді конгломерату;

IV стадія — пухлина будь-якого розміру з віддаленими метастазами (рис. 3.3) чи з глибоким проростанням у сусідні органи й тканини.

### Паліативна допомога в онкології

У разі неефективності основних зазначених методів лікування або рецидиву пухлинного захворювання з несприятливим прогнозом, тобто переходу хвороби в невиліковну фазу, онкологічний пацієнт повинен ставати об'єктом уваги та допомоги з боку фахівців з паліативної медицини.

Медична та соціальна значимість паліативної допомоги в онкології зумовлена тією обставиною, що на сьогодні радикально виліковними можуть бути не більше 50 % від усіх хворих на рак.

Інакше кажучи, значна частина цих пацієнтів протягом найближчих років помре від ракової хвороби.

Основні клінічні симптоми онкологічних захворювань, що розвиваються на термінальних етапах цієї патології (IV стадія захворювання), полягають у більшості випадків у розвитку хронічного больового синдрому внаслідок проростання пухлини в оточуючі тканини або віддаленого метастазування малігнізованих клітин.

Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря порушенні функцій багатьох життєво важливих органів (печінки, легеневої системи, нирок тощо), а також у глибоких зрушеннях метаболічних процесів у цілісному організмі внаслідок специфічної системної дії первинної пухлини («ракова хвороба»).

### **Національна онкологічна програма**

Профілактика

Рання діагностика

Лікування

Паліативна допомога

Дихання та сплутаності свідомості у групах тяжкохворих пацієнтів за три дні до смерті, оцінені за свідченням членів родин померлих.

При аналізі клінічних випадків в онкологічних хворих в останній тиждень життя Дж. Інгхам і Р. Портеной (1994) встановили дихальну недостатність у 9–52 % випадків, нудоту — у 3–71 %, блювання — у 12–50 %, біль — у 12–99 % пацієнтів.

Біль, відчуття втоми та втрата апетиту були найбільш поширеними та тяжкими симптомами в усіх випадках пізніх стадій раку.

У 40–80 % пацієнтів спостерігались виражена втрата енергії, біль, відчуття сонливості, сухість у роті, безсоння або симптоми психологічного дистресу. У кожного з пацієнтів було в середньому симптомів, кількість яких корелювала з погіршенням якості життя.

### **Запор. Діарея**

Порушення нормальної фізіологічної евакуації калових мас із кишківника (запор, діарея) належать до частих клінічних симптомів, що супроводжують онкологічні захворювання та/або виникають у результаті проведеного хірургічного лікування, радіо- або хіміотерапії.

Запор — стан, що характеризується зменшенням порівняно з індивідуальною для кожної людини нормою частоти нормальних випорожнень товстого кишківника. Зменшення частоти дефекацій призводить до затвердіння калових мас у наслідок постійного фізіологічного всмоктування стінкою кишківника рідини, що призводить до подальшого утруднення евакуації калу через пряму кишку.

Тривале накопичення в кишківнику калових мас клінічно проявляється здуттям живота, іноді нудотою, головним болем, неприємними відчуттями, а потім і тяжким болем спастичного характеру в животі внаслідок збільшення внутрішнього тиску та механічного розтягіння гладеньких м'язів тонкого та товстого кишківника. За відсутності евакуації калу протягом декількох діб може розвиватися автоінтоксикація продуктами мікробного бродіння та гниття білкових молекул, пептидів та амінокислот кишкового вмісту з тяжкими неврологічними проявами.

Причиною виникнення стійкого запору при злоякісних новоутвореннях може бути безпосередня обструкція просвіту товстого кишківника пухлиною або порушення нейроендокринної регуляції нормальної фізіологічної функції шлунково-кишкового тракту внаслідок ендогенної інтоксикації при розпаді пухлини. Звичайно така ситуація виникає на пізніх стадіях ракової хвороби внаслідок дії або протипухлинних препаратів, або високодозового опромінення з розвитком явищ променевої хвороби.

### **Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря**

Окремою формою запору є стан, що розвивається внаслідок лікування больового синдрому опіоїдними анальгетиками. Лікарські опіоїди

(найчастіше морфін) є агоністами опіоїдних  $\mu$ -рецепторів, на які багата саме слизова оболонка шлунково-кишкового тракту. Запор при лікуванні болу морфіном є очікуваним побічним ефектом застосування цього анальгетика і вимагає зазвичай зміну підборі препарату для продовження фармакотерапії. У випадку важкого запору внаслідок передозування морфіну хворому вводять відповідні антагоністи опіоїдних рецепторів.

Лікування синдрому запору потребує усунення основної причини страждання (можливо, паліативного оперативного втручання), змін у раціоні із збільшенням споживання рідини та рослинної їжі, що містить грубоволокнисту клітковину і харчові волокна, та/або застосування ЛЗ проносної дії.

Діарея — процес, що формально здається зворотним до запору і проявляється збільшеною частотою дефекацій, звичайно вкрай розрідженими каловими масами. За тривалістю розрізняють: гострудіарею (< 14 днів), персистуючудіарею (> 14 днів) і хронічудіарею (> 30 днів).

Патофізіологічні механізми діареї полягають у порушенні всмоктування води в товстому кишківнику, що зумовлене розладом складних клітинних відношень між елементами нейроендокринної та автокринної систем, що відповідальні за ці нормальні фізіологічні процеси. Тривала (хронічна) діарея, що може спостерігатися внаслідок ураження слизової оболонки кишківника і навіть втрати його епітеліального шару як результат хіміотерапії (зокрема, 5-фторурацилом), може призвести до тяжкої дегідратації, порушення електролітного балансу та ниркової недостатності, мати сама по собі загрозливий прогноз для життя людини.

### **Нудота. Блювання**

Нудота (nausea) — обтяжливе неприємне відчуття в епігастральній ділянці та глотці, що нерідко передуює блюванню. Симптом є дуже частим при онкологічних захворюваннях, виникає також при порушеннях дієти, отруєннях, захворюваннях органів травлення, центральної нервової системи.

Блювання (vomitum) — мимовільні товчкоподібні викиди вмісту шлунка через рот. Цей акт регулюється спеціальним блювотним центром, що координує злагоджене скорочення мускулатури шлунка, а також рухи дихальних м'язів і черевного преса.

### **Клінічні спекти, симптоматологія в паліативній і хоспісній медицині**

При нудоті тонус шлунка знижений, перистальтика відсутня або сильно

сповільнена. У той же час тонус дванадцятипалої кишки і проксимальних відділів тонкої кишки (порожнистої) підвищується, відбувається дуоденогастральний рефлюкс. При позивах до блювання під час вдиху при закритому роті відзначається спастичне скорочення дихальних м'язів і діафрагми, а під час видиху — передньої черевної стінки. При цьому тонус астрального відділу шлунка підвищується, а тіла і кардіального відділу — знижується.

Блювання є складним рефлекторним актом, що зумовлюється подразненням рецепторів різних органів (кореня язика, м'якого піднебіння, слизової шлунка, жовчного міхура, органа рівноваги та ін.), яке передається до так званого блювотного центра довгастого мозку безпосереднім його подразненням при ураженнях ЦНС (новоутворення, травма, менінгіт), при підвищеному внутрішньочерепному тиску, різних інтоксикаціях (передозування, токсикоз вагітності, уремія).

При онкологічних захворюваннях і СНІДі відчуття нудоти та подальше блювання може бути постійним, що дуже погано переноситься пацієнтом і у тяжких випадках потребує обов'язкової медикаментозної корекції.

В онкології відчуття нудоти та блювання виникають при хіміотерапії, пухлинах головного мозку з підвищенням внутрішньочерепного тиску. Проти пухлинними препаратами з найбільшою еметогенною активністю є цисплатин, дактиноміцин, антрацикліни, дакарбазин, похідні ні трозосечовини, циклофосфамід (Касчіато Д., 2008).

Іншими причинами нудоти у пацієнтів із злоякісними пухлинами можуть бути непрохідність кішечника, запор, метаболічні порушення — гіперкальціємія, печінкова та ниркова недостатність, терапія опіоїдними анальгетиками.

### **Пролежні**

Пролежні — некрозо-дистрофічні виразки на шкірі, обмеженого характеру, що погано загоюються та внаслідок постійної болісності та додаткового інфікування можуть завдавати серйозних страждань паліативним пацієнтам.

Утворення пролежнів відбувається внаслідок зовнішнього тиску та тертя, звичайно в ділянках шкіри, що вкривають кісткові виступи, — на крижах, лопатках, ліктях, п'яткових горбах.

Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря лиці тощо, а при положенні хворого на боку — у ділянці великого вертлуга, ості клубової кістки. Причиною утворення пролежнів є зменшення місцевого кровотоку, мікроциркуляції на ділянках стискання шкіри, а також



глибокі порушення тканинної трофіки на тлі розвинутої онкологічної хвороби.

Стадії розвитку пролежня:

- виникнення на шкірі еритеми, що не біліє;
- часткова втрата товщини шкіри на місці постійного тиску;
- втрата цілісного шару шкіри на певних ділянках;
- поширений некроз на шкірі з можливим ушкодженням підлежачих ділянок м'язів і кістки.

Пролежні розвиваються звичайно в ослаблених хворих, на пізніх стадіях раку, найчастіше у пацієнтів IV клінічної групи, часто на фоні агресивної хіміотерапії у схудлих осіб, які майже не мають захисної підшкірної жирової прокладки. Чинниками, що сприяють утворенню пролежнів, є похилий вік пацієнта, загальна ослабленість організму внаслідок тяжкої хвороби з розвитком синдрому кахексії/анорексії та гіпоальбумінемії, стан після інсульту, що призвів до глибокої дисфункції трофічних властивостей центральної нервової системи.

Профілактичними заходами протипролежневого характеру є регулярна зміна положення тіла хворого в ліжку, розміщення його на спеціальних протипролежневих (поролонітих та ін.) матрацах, при можливості — сеанси місцевого масажу, додержання правил особистої гігієни, а при непритомності хворого — регулярна санітарна обробка поверхні тіла.

Для лікування розвинутих пролежнів застосовують місцеві мазі та пов'язки з ліками протизапальної, антисептичної та регенеративної дії. У разі глибоких інфікованих виразок, що виникли на місці запущеного пролежня, можлива хірургічна обробка рани.

Детально питання профілактики та лікування пролежнів розглядаються на спеціальних курсах медсестринського догляду (Шатило В.Й., Яворський П.В., 2010)

## ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Синдромальна допомога при розладах ШКТ.
2. Нудота і блювання, причини. Медикаментозні антиеметичні засоби.
3. Гігієна порожнини рота.
4. Профілактика і лікування закрепів. Дієта, проносні засоби, механічні засоби очистки кишки.
5. Діарея. Профілактика і лікування
6. Догляд за пацієнтами зі стомами. Види стом. Захист шкіри.
7. Правила застосування сечо- і калоприймачів.

8. Непрохідність кишківника, її причини. Методи лікування.
9. Асцит. Консервативні і хірургічні методи лікування.
10. Нориці. Методи консервативного і хірургічного лікування.
11. Профілактика і лікування розладів дихальної системи. Гідроторакс. Задишка.
12. Методи усунення кашлю і гикавки.
13. Профілактика і лікування розладів сечовидільної системи. Нетримання сечі. Патологічні і штучні причини.
14. Гігієна хворих при нетриманні сечі, особливості догляду. Затримка сечі. Ренальні та екстраренальні причини, методи її усунення.
15. Правила догляду за катетерами та епіцистостомаю.
16. Профілактика і лікування уражень шкіри і м'яких тканин. Шкірний свербіж, Лікування. Підвищена вологість шкіри. Методи осушення шкіри.
17. Проліжні. Профілактика, лікування, сестринський догляд.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» № 3611-VI. Стаття 33. Забезпечення надання медичної допомоги. Стаття 35-4. Паліативна допомога.
2. Методичні рекомендації «Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги». – Київ, 2010 р.
3. Губський Ю.І., Хобзей М.К. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти. – Київ. Здоров'я, 2011. – 345 с.